

QUELLE EST L'EFFICACITE ET L'INNOCUITE DE L'UTILISATION DE L'HOMÉOPATHIE EN PERIODE PERINATALE ?

Travail de Bachelor

Delphine PROGIN et Marion HERNANDEZ

Numéros de matricule : 06212286 et 08577108

Directrice : Catia NUNNO PAILLARD-chargée de cours

à la Haute Ecole de Santé de Genève

Genève, Septembre 2012

ABSTRACT

Objectif :

Ce travail a pour objectif d'évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'homéopathie utilisée pendant la période périnatale, pour pouvoir permettre aux professionnels de la santé et plus particulièrement aux sages-femmes de conseiller et diriger avec plus de certitudes leurs patientes, qui en sont de grandes utilisatrices.

Méthode :

Recherches d'études concernant l'efficacité et les possibles effets secondaires retrouvés en homéopathie pendant la grossesse, l'accouchement, et le post-partum. Ceci effectué sur plusieurs bases de données, telles que Pubmed, Cinhal, Midir. Nous avons retenu cinq études en lien avec notre sujet : deux réalisées pendant la période du post-partum, et trois pendant l'accouchement.

Résultats :

Les principaux résultats trouvés ne sont pas statistiquement significatifs quant à l'efficacité de l'homéopathie. Par ailleurs, concernant l'innocuité de cette médecine, les résultats obtenus ne démontrent aucun effet secondaire et/ou indésirable de l'homéopathie, mais au vu du faible nombre d'études de notre revue évaluant ces critères, les résultats ne peuvent être certifiés.

Conclusion :

Cette revue de la littérature n'a pas permis de répondre clairement à notre question de recherche, mais nous a cependant conduit à nous questionner sur la prise en charge des parturientes par les sages-femmes.

Au-delà des preuves scientifiques de cette médecine individuelle qui semblent être difficiles à obtenir par l'Evidence Based Medecine, il nous paraît intéressant que des études évaluant l'impact de la prise en charge médicale homéopathique sur le bien-être et la santé des femmes enceintes soient effectuées.

Mots clés : homéopathie, grossesse, accouchement, post-partum, périnatalité, efficacité, innocuité

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier tout particulièrement :

Catia Nunno Paillard, pour ses conseils et la supervision de notre travail.

Béatrice Rouiller-Kolly, notre experte de terrain, pour avoir si gentiment accepté ce rôle.

Yolande Meynet pour sa gentillesse et ses encouragements.

Barbara Kaiser, pour ses conseils judicieux d'experte en recherche.

Nos familles, pour leur soutien en toutes circonstances tout au long de notre parcours d'étudiantes sages-femmes.

Nos amis, pour leur présence et leur bonne humeur.

David, pour son aide et ses encouragements.

Aurélie, notre amie et collègue de promotion, pour ces quatre années d'échange et de soutien mutuel.

Guy Loutan, pour nous avoir si chaleureusement accueilli et transmis sa passion de l'homéopathie.

TABLE DES MATIERES

ABSTRACT	2
REMERCIEMENTS.....	3
1. INTRODUCTION	7
2. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	7
2.1 L'essor des médecines complémentaires.....	8
2.1.1 Dans le monde	8
2.1.2 En Suisse.....	9
2.2. L'utilisation des médecines complémentaires par les femmes enceintes.....	10
2.3. L'utilisation de l'homéopathie par la population générale.....	10
2.3.1 Dans le monde	10
2.3.2 En Europe.....	11
2.3.3 En Suisse.....	12
2.4. L'Utilisation de l'homéopathie par les femmes enceintes.....	12
2.5 Homéopathie et pratique sage-femme	13
2.6. Conclusion.....	14
3. CADRE THEORIQUE.....	15
3.1 La médecine allopathique.....	15
3.1.1 Historique.....	15
3.1.2 Définition.....	15
3.2 Les médecines alternatives et complémentaires.....	16
3.2.1 Cadre historique : Evolution des médecines alternatives	16
3.2.2 Définition.....	17
3.3 L'homéopathie.....	17
3.3.1 Cadre historique : Du 19 ^{ème} siècle à aujourd'hui.	17
3.3.2. La découverte des concepts.....	19
3.3.3 Les principes de base de l'homéopathie.....	20
3.3.4 Les remèdes homéopathiques.....	21
3.3.5 Comment marche l'homéopathie ?.....	22
3.3.6 Les différents courants de l'homéopathie.....	24
3.4 Philosophie de la santé	26
3.4.1 Définition de la santé.....	26
3.4.2 Les différents modèles de santé	27
3.4.3 Allopathie et homéopathie : deux paradigmes différents	28

3.4.4 Une nouvelle approche de la santé.	30
3.4.5 Pourquoi choisir la médecine allopathique ?.....	31
3.4.6 Pourquoi choisir l'homéopathie ?.....	32
3.5 Le rapport à la santé en obstétrique.....	34
3.5.1 Historique.....	35
3.5.2 Changements psychologiques liés à la grossesse.....	36
3.6. Efficacité	36
3.6.1 Efficacité des médicaments.....	36
3.6.2 Efficacité et homéopathie	38
3.7. Innocuité.....	39
3.7.1 Innocuité des médicaments.....	39
3.7.2 Toxicité des traitements allopathiques en obstétrique	41
3.7.3 Innocuité et homéopathie	43
3.8. Homéopathie et pratique sage-femme	45
3.8.1 Dans le monde	45
3.8.2 En Suisse.....	46
3.9 Question de recherche du projet, limites du questionnement	47
4. METHODOLOGIE	49
4.1 Processus de recherche générale	49
4.1.1 Critères de sélections	49
4.2. Processus de sélection des articles	50
4.3 Limites, contraintes et difficultés rencontrées.....	53
5. ANALYSE.....	54
5.1 Présentation des études.....	54
5.2 Présentation des principaux résultats.....	59
5.2.1 Efficacité des traitements homéopathiques sur la contractilité utérine	59
5.2.2 Innocuité des traitements homéopathiques sur la contractilité utérine.....	59
5.2.3 Efficacité des traitements homéopathiques pour la période du post-partum	60
5.2.4 Innocuité des traitements homéopathiques dans le post-partum.....	61
5.3 Analyse critique des résultats de la revue de la littérature.....	61
5.3.1 Limites et biais liés à l'utilisation d'un groupe placebo	61
5.3.2 Limites et biais liés à l'échantillon.....	62
5.3.3 Limites et biais liés à la méthodologie	62
6. DISCUSSION.....	67
6.1 Introduction	67
6.2. Efficacité de l'homéopathie.....	67

6.2.1 Résultats des études.....	67
6.2.2 Mise en lien des résultats obtenus avec le cadre théorique.....	69
6.3 Innocuité et l'homéopathie.....	73
6.3.1 Résultats obtenus.....	73
6.3.2 Mise en lien des résultats obtenus avec le cadre théorique.....	74
6.4 Conclusion.....	75
6.5 L'homéopathie dans d'autres champs de la médecine	77
6.6 Homéopathie et éthique.....	79
6.7 Retour dans la pratique.....	80
6.8 Forces et faiblesses de notre travail.....	82
6.8.1 Faiblesses.....	82
6.8.2 Forces.....	82
7. CONCLUSION.....	84
8. LISTE DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	86
ANNEXE I.....	95
ANNEXE II.....	99

1. INTRODUCTION

Ce travail de recherche est la dernière étape avant notre passage au sein du domaine professionnel, et ainsi le début de notre carrière de sage-femme. Il est aujourd'hui indispensable, car la médecine et notamment l'obstétrique, repose de plus en plus sur des preuves scientifiques, l'Evidence Based Médecine, avant d'être mise en application.

Tout en faisant un lien avec notre future pratique, ce travail permet l'analyse des conséquences que les résultats obtenus pourraient engendrer au sein de notre métier. Ceci nous permettra donc d'ouvrir et d'approfondir notre réflexion et notre regard critique en obstétrique.

Au fil de nos études, nous nous sommes beaucoup interrogées sur la médecine alternative qui connaît un véritable succès au sein de la maternité. En effet, durant nos stages, nous avons pris conscience du nombre important de femmes ayant recours à ces formes de médecine, c'est pourquoi nous avons souhaité nous pencher sur ce sujet.

Notre choix s'est ensuite très vite porté plus particulièrement sur l'homéopathie. Cette médecine représente un paradoxe pour nous ; elle est à la fois une des médecines alternatives les plus utilisées, mais elle subit également les foudres de nombreux détracteurs concernant notamment son efficacité. De plus, nous avons pu rencontrer lors de nos stages de nombreuses femmes enceintes utilisant l'homéopathie, par auto-médication sans suivi ou conseil médical. Pourtant, de nombreux doutes subsistent encore quant à son efficacité et son innocuité.

En tant que futures sages-femmes, nous allons être confrontées aux demandes des femmes. Nous pensons donc qu'il est important de pouvoir comprendre ce qui pousse nos patientes à recourir à l'homéopathie, et ainsi de pouvoir les accompagner le plus adéquatement possible dans la prise en charge qu'elles désirent.

C'est donc à travers cette revue de la littérature que nous allons tenter de trouver des réponses, afin de pouvoir apporter des conseils avisés à certaines de nos patientes qui sont à la recherche d'une prise en charge moins médicalisée.

2. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, l'homéopathie sera le thème de notre travail de Bachelor. Cette envie d'étudier et d'approfondir cette médecine alternative ne s'est pas faite au hasard, bien au contraire. Elle est le fruit d'une longue réflexion que nous allons développer ci-dessous, à travers notre questionnement professionnel.

2.1 L'essor des médecines complémentaires

2.1.1 Dans le monde

Depuis quelques années les mentalités changent, une nouvelle approche de la santé commence à apparaître : Les médecines complémentaires semblent être à nouveau en plein essor au sein de nos sociétés, et ouvrent la porte à la libéralisation de nombreuses techniques de guérison alternatives.

L'Organisation Mondiale de la Santé ([OMS], 2002a) a constaté ce phénomène, tant dans les pays industrialisés que sur le continent africain où 80% de la population a recours à ce type de thérapeutique. Toujours selon le communiqué de l'OMS (2002a), 75% de la population française a eu au moins, une fois dans sa vie, recours à des traitements alternatifs. Ces médecines représentent également d'importantes dépenses. Au Royaume-Uni, par exemple, elles atteignent 2.3 milliards de dollars américains par an (OMS, 2002a).

Un fait important démontre l'attrait de la population pour ces alternatives de soins. En effet, dans de nombreux pays, tels que le Canada ou les Etats-Unis, les assurances-maladies ne prennent pas en charge les médecines alternatives. C'est donc au patient de financer son traitement (Frass et al., 2012). Cette constatation amène Frass et al., (2012) à conclure que ces thérapies représentent pour ses utilisateurs un bénéfice supérieur à leur coût, puisqu'ils acceptent d'en assumer le financement.

Au vue de ces données, nous pouvons nous interroger sur les raisons qui poussent les patients à se tourner vers ces médecines, dont l'efficacité est pourtant souvent contestée. Cette question est complexe, mais il est possible d'y apporter quelques réponses. Pour Iario Rossi, anthropologue de la santé à l'Université de Lausanne, ce plébiscite s'explique en partie par l'insatisfaction des patients envers la médecine classique, centrée sur la standardisation et les avancées technologiques. (Rossi, cité par Zaugg, 2009). Le National Asthma Council Australia (2012), se basant sur des études en lien avec les médecines complémentaires et l'asthme, propose les raisons suivantes pour expliquer le recours à l'homéopathie lors de l'atteinte d'une maladie chronique, telle que l'asthme : insatisfaction des traitements conventionnels, insatisfaction de la relation avec son médecin, désespoir face à la sévérité de la maladie, philosophie de vie en accord avec les médecines complémentaires, vision de ces

thérapies comme sûres et naturelles, ainsi qu'un sentiment de maîtrise de sa santé lors du recours à ces médecines. En guise de conclusion à cette question, voici le témoignage d'une femme atteinte d'un cancer, il est tiré de l'Association des médecins du Canton de Genève ([AMG], 2012) :

J'ai eu un cancer du sein pour lequel j'ai suivi un traitement classique. Jusqu'à ce moment de ma vie, je n'avais jamais utilisé les médecines complémentaires. Pendant la chimiothérapie, mon gynécologue m'a envoyée chez une naturopathe en me disant qu'elle pourrait me soulager. Mon oncologue a également soutenu cette démarche. Ça a été un moment de grande écoute. Les médecins étaient surtout à l'écoute de mon corps, mais pas de ma détresse émotionnelle. Ils n'en n'avaient simplement pas le temps, leur travail était très technique. La naturopathe, elle, discutait avec moi pendant que les aiguilles faisaient leur effet. J'ai aussi recouru à l'homéopathie, avant l'opération, pour atténuer les effets de la narcose. Et après, pour aider à la cicatrisation, toujours sur les conseils de mon gynécologue. A nouveau, cela a été un moment d'écoute, l'homéopathe m'a posé beaucoup de questions sur mes états d'âme, etc

Nous découvrons donc les différents bienfaits des médecines complémentaires qui poussent les patients à en avoir de plus en plus recours. Ce phénomène existe-t-il également en Suisse ?

2.1.2 En Suisse

En Suisse plus particulièrement, les médecines complémentaires occupent également une place importante au sein de la population. L'Enquête Suisse sur la Santé de 1997 a permis d'interviewer 18 '894 Suisse sur leurs habitudes en lien avec la santé. (Wietlisbach & Gurtner, 2002). Cette enquête a dévoilé que 4.1% des hommes et 8.2% des femmes ont recours à l'homéopathie. (Wietlisbach & Gurtner, 2002).

En 2007, une nouvelle Enquête Suisse sur la Santé est menée et elle confirme l'importance du recours aux médecines complémentaires, avec 23% de la population qui utilisent ces alternatives thérapeutiques. Il existe à nouveau une prédominance chez les femmes avec 31% d'utilisatrices contre 15% chez les hommes (Office Fédérale de la Statistique [OFS], 2010).

L'essor de ces médecines complémentaires se fait également ressentir au niveau politique. En effet, en 2009, le peuple, ainsi que les cantons ont largement accepté un article constitutionnel demandant une meilleure prise en compte des médecines complémentaires. (Office Fédéral de la Santé Publique [OFSP], 2011). Cela implique qu'à partir du 1^{er} janvier 2012, cinq médecines complémentaires ; la médecine anthroposophique, l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise, seront remboursées par l'assurance de base, sous conditions, et pour une durée

de six ans (OFSP, 2011). Durant cette période, ces cinq médecines devront prouver leur efficacité, leur adéquation, et leur économicité (OFSP, 2011).

Toutes ces données démontrent bien l'importance que la population générale accorde aux médecines alternatives. Mais qu'en est-il des femmes enceintes, population cible pour nous, sages-femmes ?

2.2. L'utilisation des médecines complémentaires par les femmes enceintes

Au cours de notre formation, aussi bien lors des périodes pratiques que théoriques, nous avons été sensibilisées à l'utilisation de ce type de médecine en obstétrique. Lors de nos stages, nous avons pu observer et découvrir que de nombreuses femmes enceintes ont fréquemment recours aux médecines complémentaires. Elles les utilisent pendant la grossesse, pour soulager les différents maux tels que nausées, brûlures d'estomac, ou tout simplement à la place de leurs médicaments habituels, qui par leurs effets toxiques, sont interdits durant cette période ; Pendant l'accouchement, pour soulager la douleur des contractions ou pour accélérer le travail et en post-partum pour diminuer les saignements.

Une étude anglaise montre que sur 14 541 femmes enceintes interrogées, 26.7% admettent avoir recours à une de ces médecines (Bishop, Northstone, Green & Thompson, 2011). L'étude a été menée sous forme de questionnaires dans lesquels les femmes devaient décrire le type de médecine complémentaire qu'elles utilisaient (Bishop et al, 2011).

Les nombreuses raisons qui amènent les femmes à se tourner vers ces alternatives de soins sont : le désir d'être actrice de leur santé, l'insatisfaction envers les traitements conventionnels, ainsi que leurs effets secondaires (Kalder, Knoblauch, Hrgovic & Mündstedt, 2010).

Nous avons découvert l'essor des médecines complémentaires au sein de la population générale ainsi que chez les femmes enceintes. Nous allons désormais, nous pencher plus particulièrement sur l'homéopathie, qui semble selon plusieurs données, être l'une des thérapeutiques alternatives les plus utilisées.

2.3. L'utilisation de l'homéopathie par la population générale

2.3.1 Dans le monde

Le médicament homéopathique serait utilisé par plus de 200 millions de personnes réparties dans 45 pays (OMS, cité par Institut National Homéopathique Français [INHF], 2010).

Selon Homéopathie en Europe (2000) :

Au Mexique et au Brésil, l'enseignement a été officialisé avec des écoles nationales. En Amérique du nord, elle constituait une médecine de premier plan, de 1850 jusqu'à la première guerre mondiale. Elle connaît actuellement un regain d'intérêt, avec de surcroît, l'allocation de crédits de la part des autorités. Aux Etats Unis, on compte plus de 120 hôpitaux spécialisés.

En Inde, un habitant sur deux a recours à l'homéopathie, ce qui représente tout de même la moitié d'un milliard deux cent millions de personnes. (INHF, 2010).

De plus, l'homéopathie occupe une place primordiale au sein des dépenses du secteur de la santé. En effet, elle représente entre 0,3 et 0,6 % du marché mondial. Ceci démontre donc tout à fait son essor et son influence autour de la planète. (Homéopathie en Europe, 2000).

Il existe également des associations, dont le but est de promouvoir cette médecine. Parmi elles, se trouve la ligue médicale homéopathique internationale, créée en 1925, dont le but est de soutenir les pays membres, afin de permettre l'utilisation et la reconnaissance de l'homéopathie. (INHF, 2010). Elle représente environ 8000 homéopathes dans 50 pays. (INHF, 2010).

Nous découvrons donc que l'homéopathie occupe une place de choix dans de nombreux pays du monde, même parmi les plus pauvres. Cependant, elle reste tout de même un phénomène largement européen. C'est ce que nous allons découvrir dans le point suivant.

2.3.2 En Europe

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'homéopathie est un phénomène majoritairement européen. En effet, environ trente pourcent de la population ont recours à l'homéopathie, avec quelques disparités, puisque le nord du continent semble l'utiliser de manière plus fréquente que le sud (INHF, 2010).

L'European Committee for Homeopathy (ECH, 2012) représente les homéopathes de 40 associations réparties en 25 pays. Ses buts sont entre autre la promotion du développement scientifique de cette médecine ainsi que son intégration dans les systèmes de santé européens. (ECH, 2012).

Cette médecine complémentaire est donc très en vogue, et représente une partie importante du marché des dépenses de santé au sein des pays européens (Homéopathie en Europe, 2000).

L'homéopathie est très répandue en Europe, avec toutefois quelques disparités selon les pays. L'étape suivante de notre réflexion est de savoir si l'homéopathie connaît la même popularité en Suisse.

2.3.3 En Suisse

Selon l'Enquête Suisse de la Santé de 1997, elle est la thérapie alternative la plus utilisée aussi bien chez les hommes (4,1%) que chez les femmes (8,2%) (Wietlisbach & Gurtner, 2002). Ceci se confirme une nouvelle fois en 2007, suite à une nouvelle enquête sur les comportements de santé de la population suisse. Cette médecine se trouve être la thérapie la plus utilisée avec 6% d'utilisateurs contre respectivement 5% pour l'ostéopathie, l'acupuncture et le shiatsu/réflexologie (OFS, 2010).

Comme nous venons de le démontrer, l'homéopathie est l'une des médecines alternatives les plus populaires dans la population générale. Ce phénomène est principalement européen, mais le reste du monde est également touché. La Suisse n'échappe pas non plus à ce fait. Cependant, nous ignorons quelle est l'importance de son utilisation au sein de la population des femmes enceintes. Nous allons nous y intéresser dans le point suivant, car les comportements de santé des femmes en période périnatale représentent une préoccupation majeure pour notre pratique sage-femme.

2.4. L'Utilisation de l'homéopathie par les femmes enceintes

Lors de nos stages effectués au sein de structures périphériques de Suisse Romande, chacune de nous a pu rencontrer de nombreuses femmes enceintes utilisant l'homéopathie sous prescription médicale ou très souvent en automédication, afin de traiter différents maux durant la grossesse, lors de l'accouchement ou du post-partum. Cela nous a conduit à nous questionner sur la place que pouvait occuper l'homéopathie parmi les différentes médecines alternatives proposées aux femmes pendant leur grossesse et le post-partum.

En effet, l'étude de Bishop et al., (2011) confirme la popularité de l'homéopathie auprès des femmes enceintes. Pour cette étude, plus de 14'000 femmes enceintes ont été interrogées à 8, 12, 18 et 32 semaines de grossesse, afin de savoir si elles utilisaient des médecines complémentaires et à quelle thérapeutique elles avaient recours. (Bishop et al., 2011). Cette thérapie arrive en deuxième position des médecines complémentaires les plus utilisées, juste après les tisanes aux herbes. (Bishop et al., 2011,). Cette étude démontre également un point intéressant. En effet le pourcentage de femmes ayant recours à l'homéopathie augmente au fil des trimestres de la grossesse.¹ 8% au cours du premier trimestre, 9,8 % au deuxième et 14, 4% au cours du dernier trimestre. (Bishop et al., 2011,).

Il est également intéressant de mesurer la popularité de cette thérapeutique en flânant sur les forums en lien avec la grossesse. Afin d'illustrer ces propos, voici le témoignage d'une femme pour qui la première grossesse et le premier accouchement furent difficiles. C'est pourquoi elle eut recours pour sa deuxième grossesse à l'homéopathie. Ce témoignage provient de Santé AZ (2012) :

Pour mon deuxième, je ne sais pas si j'étais plus zen ou plus en colère. En tout cas je ne voulais pas me laisser faire. J'ai donc établi un projet de naissance avec la sage-femme qui me suivait. J'ai demandé d'avoir le moins possible recours au médical et au chimique pour un événement (l'accouchement) qui demande du naturel et pour lequel la femme est préparée depuis des millions d'années. Dès mes premières nausées, je me suis jetée sur l'homéopathie et j'ai vécu toute ma grossesse là-dessus, en prenant des remèdes homéopathiques dès qu'un trouble s'installait. Bilan : une grossesse de rêve, et un accouchement un peu moins horrible que le premier... On ne peut pas tout avoir n'est-ce pas ?

Comme nous l'avons mentionné au début de notre questionnaire professionnel, l'efficacité de l'homéopathie est controversée. Pourtant, les données épidémiologiques, ainsi que le témoignage mentionné précédemment, laissent penser que si autant de femmes se tournent vers l'homéopathie, c'est qu'elles y trouvent un certain intérêt et une satisfaction.

Kalder & al. (2010) ont questionné 205 femmes enceintes sur leur utilisation des médecines alternatives, sur les raisons qui les poussent à y recourir, ainsi que sur la satisfaction qu'elles y trouvent. Concernant l'homéopathie, plus de 60% des femmes utilisant cette médecine pendant la grossesse en sont très satisfaites, contre moins de 5% insatisfaites et environ 5% d'indécises (Kalder & al., 2010). Son utilisation pendant le travail obtient un peu moins de 40% de patientes très satisfaites, contre 0% de patientes insatisfaites, et un peu plus de 20% indécises (Kalder & al., 2010). Ainsi il semblerait que l'homéopathie apporte une satisfaction aux femmes enceintes.

Nos observations personnelles, ainsi que les études et témoignages, démontrent tout à fait l'utilisation importante de l'homéopathie par les femmes durant la période périnatale. Cette forme de médecine alternative semble être, pour beaucoup de futures mères, une aide pour passer le cap difficile de la maternité. Il est de notre devoir en tant que futures sages-femmes de prendre en considération les besoins et attentes de nos patientes. C'est pourquoi il nous semblait primordial de cibler notre réflexion sur ce sujet, qui tend à occuper une place importante au sein de la pratique sage-femme.

2.5 Homéopathie et pratique sage-femme

Nous venons de voir que de nombreuses femmes enceintes ont recours à l'homéopathie, mais que pensent les sages-femmes de cette médecine alternative ?

Gaffney & Smith (2004) se sont penchés sur cette question en interrogeant des obstétriciens et des sages-femmes pour connaître leur opinion sur ces médecines alternatives. Concernant l'efficacité de ces méthodes, 30% des sages-femmes reconnaissent avoir besoin de preuves scientifiques pour pouvoir l'utiliser (Gaffney & Smith, 2004). Concernant la sûreté de cette méthode, 37,8% des sages-

femmes sont convaincues qu'elle est sûre, alors que 0,7% pensent qu'elle ne l'est pas, et 14,8% ne se prononcent pas car selon elles, la sécurité de cette méthode n'est pas établie (Gaffney and al., 2004).

En effet, nous avons pu également observer au cours de nos différents stages, que l'homéopathie fait l'objet d'un débat au sein de notre profession. Certaines sages-femmes sont totalement partisans de cette pratique, et l'utilisent fréquemment pour soulager leurs patientes, tandis que d'autres sont encore septiques quant à son efficacité. Très peu d'études démontrant l'efficacité et la sûreté d'utilisation de cette médecine ayant été réalisées, ceci freine l'utilisation de cette dernière.

2.6. Conclusion

Ces questions d'efficacité et de sûreté de l'homéopathie sont donc très controversées au sein de la pratique sage-femme, contrairement aux femmes enceintes, pour qui l'utilisation des médecines douces semble plus évidente.

En effet, ces dernières, comme la plupart de la population, ne semblent pas être attentives aux possibles effets secondaires que cette médecine pourrait avoir. Les femmes enceintes consomment les remèdes homéopathiques, parfois sans réels conseils de la part d'un professionnel. Ceci est peut-être dû au fait que l'accès à l'homéopathie est désormais très aisé. En effet, de nombreuses pharmacies vendent les granules sans ordre médicale, et le plus souvent sans aucune formation dans le domaine. Cette facilité d'accès élimine l'idée d'un possible danger de cette médecine.

De nombreux problèmes se posent donc quant à l'utilisation de cette médecine au sein de notre domaine professionnel, mais également au sein de la vie quotidienne où le libre accès de l'homéopathie devient difficile à gérer.

Notre rôle en tant que sage-femme est d'accompagner les femmes dans leur choix afin qu'elles puissent vivre l'aventure de la maternité le plus sereinement possible.

L'homéopathie n'étant pas encore un chemin balisé il est donc de notre ressort d'approfondir nos connaissances dans ce domaine, d'apporter à nos patientes des réponses adéquates et basées sur des preuves, elles qui cherchent à travers cette médecine, une alternative à la prise en charge obstétricale traditionnelle.

Ainsi, nous allons nous questionner sur les différents approches de santé telles que l'allopathie, les médecines alternatives et plus particulièrement l'homéopathie, comprendre plus précisément leurs différences, leurs complexités et les raisons de leur popularité pour nous permettre d'élaborer notre question de recherche.

3. CADRE THEORIQUE

3.1 La médecine allopathique

3.1.1 Historique

Pour pouvoir comprendre et aborder le sens, les concepts ainsi que les raisons de la popularité des médecines alternatives et plus particulièrement de l'homéopathie, nous allons commencer par définir l'autre grande pratique médicale dispensée et utilisée depuis des années au sein de nos sociétés : l'allopathie.

Au 18^{ème} siècle, le vitalisme, courant de pensée développé par Théophile de Bordeu et Paul-Joseph Barthez était le principe de mise pour expliquer le fonctionnement de l'être humain. Cette idée veut qu'un principe vital, unique, détachable de la matière et indépendant de l'âme régit l'être vivant (Choffat, 1993 ; Hecketsweiler, 2010).

Au 19^{ème} siècle, Claude Bernard pose les fondements de la médecine scientifique (Choffat, 1993). Pour lui, il n'y a pas d'effets sans cause, et tout phénomène se produisant, aussi bien chez les êtres vivants que chez les corps bruts, est soumis à des conditions d'existences immuables (Hecketsweiler, 2010). Pasteur contribuera également au développement de cette médecine scientifique (Choffat, 1993 ; Hecketsweiler, 2010).

Nous découvrons donc que cette médecine alimentée par la science expérimentale a fait son apogée au 19^{ème} siècle et deviendra la pratique médicale la plus utilisée en Occident.

3.1.2 Définition

Allopathie du grec « allos » signifie autre ou différent et « pathos » signifie maladie. Ce terme inventé par Hahnemann dont nous parlerons plus loin, définit la médecine traditionnelle ou conventionnelle par opposition à l'homéopathie (Caire, 2008).

La médecine allopathique se base sur le « principe des contraires » créé par Hippocrate qui consiste à soigner la maladie par l'utilisation de médicaments (Huot, 2008). Enseignée dans les universités et pratiquée dans les hôpitaux, cette approche matérialiste a vu le jour avec des figures emblématiques comme Pasteur ou Virchow. Elle est la seule médecine qui cherche à détruire de manière rationnelle la cause de la maladie (Huot, 2008). Lors de la consultation, les signes et manifestations symptomatiques du patient sont étudiés, afin d'établir un diagnostic, et de faire correspondre celui-ci avec une maladie référencée par la médecine.

Le médecin s'il le souhaite peut affiner son diagnostic à l'aide d'analyses ou d'examen complémentaires ou orienter son patient vers un spécialiste (Huot, 2008).

Le traitement sera spécifique aux troubles constatés. Il sera anti symptomatique. La guérison correspond schématiquement à la suppression des symptômes. Au sein de cette pratique médicale, la maladie prime sur le malade. (Huot, 2008)

Nous allons désormais tenter de définir les médecines alternatives, et ainsi découvrir les grandes différences de cette pratique médicale avec l'allopathie.

3.2 Les médecines alternatives et complémentaires

3.2.1 Cadre historique : Evolution des médecines alternatives

Aujourd'hui appelées médecines douces, complémentaires ou encore non conventionnelles, telles que l'Ayurveda, la médecine maya, traditionnelle chinoise, l'homéopathie ou encore l'aromathérapie, sont des médecines très anciennes, traditionnelles, et qui étaient fortement utilisées il y a des siècles de cela.

Les tout premiers hommes ont comme nous été confrontés à la maladie ou aux blessures. Pourtant, il est difficile de savoir quelles étaient les prises en charge dans les temps préhistoriques. Il est possible qu'un guérisseur ayant accumulé les savoirs expérimentaux au fil du temps, soit capable de pallier à certains problèmes de santé. (Hecketsweiler, 2010). Néanmoins, le surnaturel occupait une place importante dans le quotidien des hommes préhistoriques, et seul le recours à un chaman permettait la sollicitation de ces forces surnaturelles. (Hecketsweiler, 2010). Plus tard, quand les hommes s'installèrent en groupe et formèrent les premières civilisations, la médecine était toujours marquée par l'empirisme et le surnaturel (Hecketsweiler, 2010). L'invention de l'écriture en Mésopotamie et en Egypte permit la transmission des connaissances acquises par les générations précédentes (Hecketsweiler, 2010). Cette révolution a permis le développement de savoirs médicaux (Hecketsweiler, 2010).

L'Ayurveda par exemple, naquit en Inde au cours des sixièmes et cinquièmes siècles avant JC (Hecketsweiler, 2010). Pour cette médecine, la maladie représente un déséquilibre qu'il faut traiter aux moyens de remèdes végétaux, minéraux ou animaux (Hecketsweiler, 2010).

Puis, le 19^{ème} siècle marqua un grand tournant dans l'histoire médicale. En effet, la médecine autrefois basée sur des savoir-faire coutumiers devient scientifique. Les anciennes pratiques sont rejetées, car elles sont dans l'impossibilité, volontaire ou non, de s'accorder avec ces nouveaux savoirs scientifiques (Sandoz, 2005).

Cependant aujourd'hui, ces anciennes médecines, pour de nombreuses raisons, reprennent peu à peu leur place au sein de nos systèmes de santé. C'est cette nouvelle popularité que nous allons tenter d'expliquer dans la suite de notre travail.

3.2.2 Définition

L'OMS (2002a) parle de médecine traditionnelle, parallèle ou complémentaire pour nommer les médecines alternatives. La médecine traditionnelle englobe la médecine traditionnelle chinoise, l'Ayurveda indien, l'Unani arabe, ainsi que diverses médecines indigènes ou à base de plantes, d'animaux ou de minéraux, ainsi que les thérapies non médicamenteuses, comme l'acupuncture, les thérapies spirituelles ou manuelles (OMS, 2002a). Toujours selon l'OMS (2002a), dans les pays basant leur système de santé sur l'allopathie, les médecines traditionnelles se nomment médecine complémentaire, alternative, ou non conventionnelle.

La formule la plus retrouvée et utilisée est « médecine alternative et complémentaire ». Elle fut choisie en 1996 par la commission européenne (Taillefer, 2009).

Le National Center of Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2012), organe américain, définit les médecines complémentaires comme étant un groupe de systèmes médicaux, de pratiques de santé, de produits divers qui ne sont actuellement pas considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle.

Le NCCAM a établi un système de classement de ces différentes médecines. Elles sont organisées en fonction des types de techniques utilisés : les systèmes médicaux alternatifs, (homéopathie, médecines traditionnelles), les interventions corps-esprit, comme la méditation, les thérapies basées sur la biologie, comme les suppléments diététiques employés en naturopathie, les méthodes basées sur la manipulation et le corps, dont la chiropratique, le massothérapie, l'ostéopathie et les thérapies de l'énergie. La médecine homéopathique est incluse dans la première catégorie, car elle est construite sur un système complet de théorie et de pratique. (NCCAM, traduction libre, 2012)

Nous allons désormais nous pencher plus particulièrement sur l'homéopathie, découvrir son évolution à travers le monde, ses concepts, son fonctionnement ainsi que ses différents courants.

3.3 L'homéopathie

3.3.1 Cadre historique : Du 19^{ème} siècle à aujourd'hui.

En 1807, le médecin, pharmacien et chimiste allemand Samuel Hahnemann, né en 1755 à Meissen en Allemagne et décédé en 1843 à Paris, développa une nouvelle médecine, l'homéopathie. (INHF, 2010)

Au 19^{ème} siècle l'homéopathie se répandra rapidement hors de l'Allemagne. Ce phénomène sera dû en grandes parties, aux différents succès obtenus par Hahnemann. En effet, en 1813, une épidémie de

typhus s'étend sur la ville de Leipzig. Grâce aux remèdes homéopathiques, seuls deux morts sont à déplorer sur les cent-huitante personnes touchées (INHF, 2010). En 1830, une épidémie de choléra touche l'Europe, Hahnemann prescrit l'isolement et la désinfection, ainsi que quatre médicaments administrés en fonction de l'avancée de la maladie. Il obtient des résultats probants (INHF, 2010). Des publications paraissent, afin de diffuser les idées d'Hahnemann. Ceci contribuera à la diffusion de l'homéopathie dans le monde (Sandoz, 2005).

Constantin Herring, émigré allemand, contribue à l'expansion de l'homéopathie aux Etats-Unis, en créant l'American Institute of Homeopathy, la première école d'homéopathie (Sandoz, 2005). Il publiera, également une encyclopédie de matière médicale (recueil des substances des homéopathiques) (INHF, 2010). En 1834, en France, Benoît Mure, après avoir été guéri d'une tuberculose pulmonaire grâce à l'homéopathie, deviendra un grand propagateur de cette médecine. Il se déplacera à travers le monde, en Sicile, au Brésil, ou encore en Egypte pour créer des dispensaires et écrire des ouvrages de remèdes locaux. (Sandoz, 2005,). En Angleterre, l'homéopathie connaît un véritable succès au sein de la famille royale. L'hôpital homéopathique fondé en 1849 deviendra le Royal Homeopathic Hospital. (INHF, 2010)

Peu à peu au fil du temps, d'autres façons de pratiquer l'homéopathie apparaissent, en ne respectant pas toujours les principes définis par Hahnemann. Une évolution de la pensée entraîne une spécificité française : la prescription de plusieurs remèdes à la fois, qui deviendra l'homéopathie pluraliste. (INHF, 2010). Ce nouveau modèle est donc bien différent des fondements de l'homéopathie uniciste créé par Hahnemann, dans laquelle un seul remède à la fois était donné quel que soit le nombre de symptômes. (INHF, 2010)

L'homéopathie poursuit son développement jusque dans les années 1870 où elle amorce son déclin, notamment à cause des découvertes de Pasteur, et suite à la naissance de la médecine scientifique. (Sandoz, 2005). Dans les années cinquante, la découverte des effets secondaires de l'allopathie, de ses coûts onéreux ainsi que de l'évolution des idées pour la prise en charge médicale ont entraîné une augmentation de la demande homéopathique (INHF, 2010). A cette époque, l'homéopathie retrouve sa popularité en étant majoritairement uniciste. En Amérique du Sud par exemple, de nombreuses personnalités rendent le mouvement homéopathique dynamique notamment en Argentine ou au Mexique, alors que dans les pays francophones c'est l'homéopathie pluraliste qui domine (INHF, 2010).

Pierre Schmidt, médecin genevois, entrainera une nouvelle vague de l'homéopathie uniciste, ce qui poussera de nombreux homéopathes français à diffuser ces idées à travers l'Europe. Ce dynamisme est toujours d'actualité au sein de l'Europe et du monde entier (INHF, 2010).

Aujourd'hui la médecine homéopathique est beaucoup plus précise et expérimentée. Des écoles se développent partout dans le monde, ce qui entraîne de nombreux nouveaux résultats thérapeutiques ainsi que de nouvelles méthodologies (INHF, 2010).

Afin de mieux comprendre cette médecine particulière, nous allons en définir les différents principes et tenter de comprendre les différents sens qu'elle comporte.

3.3.2. La découverte des concepts

Les fondements historiques de l'homéopathie remontent à Hippocrate, 4 siècles avant JC. Il fut le premier à penser que la maladie était le résultat de forces naturelles et non d'influences divines. Il enseignait deux manières de soigner : par les contraires et par les semblables. (Curé, 2005)

Il énonçait : « La maladie est produite par les semblables et par les semblables que l'on fait prendre, le patient revient de la maladie à l'état de santé. » (Lockie & Geddes, 1999, p.1). L'un des meilleurs exemples qu'il donna de la loi des semblables porte sur l'emploi de la racine de l'hellébore blanc. Il soigna le choléra par de très faibles doses d'hellébore, plante qui, à fortes doses, provoque une diarrhée semblable à celle du choléra. (Lockie & Geddes, 1999). Ce principe de similitude fut retrouvé et approfondi par Hahnemann au 18^{ème} siècle.

En 1790, après plusieurs recherches, ce dernier expérimente sur lui-même les effets de l'écorce de quinquina. C'est alors qu'il ressentit des symptômes identiques à ceux du paludisme, traité par le quinquina, qu'il avait eu quelques semaines plus tôt. Ainsi il en déduisit que ce qui donne le mal guérit le mal, et formula le principe de similitude plusieurs années plus tard (Broch, 2002 ; Choffat, 1993). Cette loi avait déjà été découverte par Hippocrate, mais Hahnemann poursuivit ses expériences pour en faire une thérapeutique efficace, basée sur la science de l'expérience et de la réflexion, renouant avec les grandes lois de guérison universelles de la médecine chinoise (Loutan, 2010).

Hahnemann poursuivit ses expérimentations, mais cette fois-ci en diluant ses produits, car il avait remarqué que la guérison était précédée d'une intoxication très importante (Choffat, 1993). L'effet curatif disparaissait au-delà d'un certain nombre de dilutions. Il eut donc l'idée de secouer le produit à chaque étape de la dilution, avec pour résultat le maintien de l'effet thérapeutique et la disparition de l'effet toxique (Broch, 2002. Choffat, 1993). C'est ainsi que les secousses des produits, associées à la dilution, deviennent la base d'une nouvelle discipline médicale, nommée « homéopathie » par Hahnemann en 1807. (Broch, 2002)

Le dernier principe de l'homéopathie, selon Hahnemann est « l'individualisation du malade ». Il n'y a plus de maladies, mais uniquement des malades. Ainsi l'homéopathie ne différencie pas des pathologies, mais des individus. C'est ainsi que pour chaque malade, existe un remède et non pas plusieurs remèdes pour une maladie. (Broch, 2002)

En 1810, parut la première édition de son traité de médecine homéopathique, l'Organon de l'art de guérir. (INHF, 2010).

3.3.3 Les principes de base de l'homéopathie

Selon Hippocrate, pour revenir à l'équilibre, la nature dispose de deux voies : celle des semblables ou celle des contraires (cité par Curé, 2005). Il avait énoncé ces deux principes, mais n'utilisait que celui en faveur des contraires. C'est contre quoi Hahnemann s'est battu. Il était pour la loi des similitudes (Curé, 2005).

Pour Hahnemann (1834), le principe des contraires d'Hippocrate ne permet pas la restauration de l'équilibre vital, mais plutôt la disparition des manifestations symptomatologiques de la maladie.

Le principe de similitude

« **Les semblables sont guéris par les semblables** » (Hahnemann, 1834).

Ce premier principe de similitude veut qu'une substance qui provoque un groupe de symptômes chez une personne en bonne santé puisse guérir une personne malade chez qui se manifeste le même groupe de symptômes (Choffat, 1993).

Cette loi s'oppose à l'approche médicale classique, allopathique, qui se base sur des médicaments pour diminuer les symptômes, ce contre quoi se battait Hahnemann (Curé, 2005).

Selon Hahnemann (1834) :

[...] la marche à suivre pour obtenir de véritables guérisons douces, promptes, certaines et durables, consiste à choisir, dans chaque cas individuel de maladie, un médicament capable de produire par lui-même une affection semblable à celle que l'on veut guérir (p.59).

En suivant le principe de similitude les substances thérapeutiques sont classées en fonction de leurs effets sur l'homme sain *Simila*, *Similibus*, *Curentur*

D'après le cours de Gregoire (communication personnelle [polycopié], 3 mars 2011)

Simila signifie que le patient est perçu comme un tout, et que la maladie n'est pas due à un agent exogène mais qu'elle ne peut survenir que par la perturbation de l'énergie vitale.

Similibus correspond aux remèdes homéopathiques, qui répondent à la loi de la similitude. C'est-à-dire qu'ils provoquent des symptômes artificiels chez un sujet sain, et guérissent ces mêmes symptômes naturels chez le sujet malade.

Curentur c'est l'application de l'un à l'autre, qui engendre la guérison d'abord de l'Energie Vitale tout entière, puis du général au particulier, vers l'organe malade de façon isolée, mais reliée à l'ensemble

Le principe de dilution infinitésimale

**« Plus la substance est diluée (avec succussions), plus son action sur l'organisme est forte »
(Hahnemann, 1834)**

Le deuxième fondement est celui du procédé des hautes dilutions. A partir du mélange substance de base et solvant, également appelé teinture mère, il est réalisé une série de dilutions (Sandoz, 2005). Ceci est associé à la succussion, agitation importante à chaque étape de la dilution, afin d'inhiber la toxicité de la substance (Broch, 2002).

Ainsi le terme dynamisation regroupe les deux opérations de dilution et de succussion. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, seules les dilutions répétées permettent d'atténuer l'effet toxique de la substance, mais inhibe son effet pharmacologique, alors que ceci associé à la succussion permet de diminuer la toxicité tout en conservant la vertu curative du remède. Les mouvements et le choc sur le fond du flacon entraînent une dispersion moléculaire, ce qui fait apparaître les qualités thérapeutiques de l'homéopathie (Broch, 2002).

Le principe d'individualisation du malade

**« L'homéopathie ne distingue pas des maladies; elle distingue des types humains ».
(Hahnemann, 1834)**

C'est ce fondement qui différencie l'homéopathie de la médecine classique ou allopathique. C'est le principe du remède unique « similimum » (Giglio-Jaquemot, 2011).

Chaque patient a un traitement personnalisé en fonction de tous les symptômes qu'il présente, de ses antécédents, son histoire de vie... Il existe donc un lien entre chaque remède et chaque type humain. Un remède correspond à un être humain particulier (Broch, 2002).

Selon Hahnemann(1834) :

Celui d'entre ces médicaments dont les symptômes connus ont le plus de ressemblance avec la totalité de ceux qui caractérisent une maladie naturelle donnée, celui-là doit être le remède le mieux approprié, le plus certainement homéopathique qu'on puisse employer contre cette maladie ; il en est le remède spécifique (p.217).

3.3.4 Les remèdes homéopathiques

Les composants actifs des médicaments homéopathiques peuvent être d'origine animale, végétale ou minérale. (Homéopathie Sans Frontières [HSF], 2012). Ces composants actifs sont ensuite mélangés avec le solvant, et macèrent durant au minimum trois semaines, avant de commencer le processus de dilution (HSF, 2012).

Les dilutions homéopathiques les plus utilisées sont celles répondant à la méthode Hahnemannienne, en voici trois.

Dilutions décimales (dilution D, DH ou X en fonction des pays)

On prend une goutte de teinture-mère pour 9 gouttes d'alcool à 70°=1 DH et on dynamise

On prend une goutte du nouveau liquide pour 9 gouttes d'alcool à 70° = 2 DH; on dynamise. Et ainsi de suite.

Dilution centésimale (dilution C ou CH)

On prend 1 goutte de teinture-mère pour 99 gouttes d'alcool à 70° = 1 CH;

On dynamise.

On prend 1 goutte du nouveau liquide pour 99 gouttes d'alcool à 70° = 2 CH;

On dynamise. Et ainsi de suite.

(HSF, 2012 ; Sandoz, 2005, p. 94).

L'autre méthode beaucoup moins utilisée est la méthode Korsakovienne.

Dilution Korsakov (K)

On travaille avec un flacon unique. A chaque dynamisation on jette le liquide et on ajoute de l'alcool à ce qui reste sur les parois du flacon. Ces préparations sont un mélange de plusieurs dynamisations. Elles ne sont pas standardisables (Sandoz, 2005, p. 95).

Le type de dilution prescrit dépend de la similitude des symptômes du patient et la pathogénésie¹ du remède. Plus la similitude est grande plus la dilution doit être élevée. Si le patient ne présente que les signes locaux de la pathogénésie du remède, on prescrira une basse dilution. (4-5 CH) Si ce sont les signes généraux, on prescrira une moyenne dilution (7-9 CH). Si la similitude s'étend au niveau du comportement, on prescrit une haute dilution (15 ou 30 CH) (HSF, 2012)

En plus de la dilution comme nous l'avons vu à travers l'énoncé des principes, il ne faut pas oublier la dynamisation (secousses entre chaque dilution) qui est essentielle. En effet sans la dynamisation, la préparation serait totalement inactive et ne serait que de l'eau.

Les présentations de ces remèdes peuvent être de plusieurs formes : trituration, goutte, suppositoire, pommade, granules et globules qui sont les plus utilisés. (HSF, 2012)

3.3.5 Comment marche l'homéopathie ?

Comme nous l'avons vu précédemment, d'un point de vue scientifique, l'homéopathie est une médecine non conventionnelle, consistant à administrer au malade des doses faibles ou infinitésimales,

¹¹ Pathogénésie : Expérimentation volontaire ou accidentelle d'une substance médicinale chez l'homme sain pour en connaître les effets. Elle permet de révéler chez l'expérimentateur le mal- sentir susceptible d'être provoquée par tel médicament : subjectivité qui s'érige comme mesure du réel, avec projection dans l'environnement des causes supposées de sa souffrance. (Loutan, 2010, p.138)

obtenues par dilution et dynamisation, agitation, d'une substance choisie en fonction de l'état physique et psychique du patient (Darchis, 2005).

D'un point de vue psychologique ou médical, l'homéopathie a pour but de comprendre ce qui désorganise la santé du malade, ce qui est en désaccord avec l'épanouissement psychique et corporel du patient. Elle s'attache à la reconnaissance de l'autre, prend en compte son histoire passée, recueille les troubles et angoisses, ainsi que la fragilité et la force du sujet. (Darchis, 2005)

Concrètement, l'homéopathie considère que le corps de l'homme est animé par une énergie vitale qui se retrouve bloquée ou dérégulée en présence d'une maladie. Les symptômes sont le reflet extérieur de ces déséquilibres énergétiques. Ainsi, l'homéopathe, en observant et écoutant attentivement son patient, recherche un remède semblable aux symptômes présents (maladie artificielle). Il y a donc ressemblance entre la maladie dont il est atteint le patient et le remède. (Annen, 2012) Pour illustrer ceci voici un exemple concret : Une personne souffre d'une otite à l'oreille gauche. Après une recherche minutieuse, l'homéopathe lui administre le remède parfaitement similaire. Le remède (maladie artificielle) étant plus puissant que l'otite (maladie naturelle) il va prendre sa place et se substituer. La force vitale, à ce moment-là, se sent attaquer, et va donc stimuler les défenses naturelles de l'individu pour réagir contre cette nouvelle invasion. Cette contre-réaction va éliminer les symptômes provoqués par le remède et ceux de l'otite qui étaient installés dans l'organisme. Cependant, après la prise du remède, si les symptômes ne sont pas totalement guéris ceci signifie que le remède n'est pas légèrement plus fort que l'otite : il faut augmenter la dilution-dynamisation (Annen, 2012). Ce n'est donc pas le remède qui guérit mais bien l'individu, qui, grâce à son énergie vitale, combat la réaction. « L'homéopathie n'agit pas contre la maladie, mais avec les défenses naturelles du corps. » (Annen, 2012)

La vitesse d'action de l'homéopathie dépend donc, non pas du remède, mais de la justesse du signal par rapport au récepteur. C'est-à-dire que si le patient a une bonne énergie vitale sans lésion organique profonde, la réaction du remède, s'il est juste, sera rapide, mais nulle si le remède est faux. C'est donc le patient qui réagit rapidement ou lentement, car le remède, une fois pris, a fini son action signal (Loutan, 2010). En effet, lors de maladies aiguës, les remèdes homéopathiques peuvent apporter une guérison en quelques heures s'ils sont justes, alors que pour les traitements chroniques, l'action est sensiblement plus longue, car le déséquilibre de l'énergie vitale est profonde et installée depuis plusieurs années. (Annen, 2012)

Nous découvrons donc que le diagnostic et le choix du remède doivent être faits avec précision et justesse, par un professionnel de la santé, formé en homéopathie, pour que cette médecine puisse agir efficacement.

3.3.6 Les différents courants de l'homéopathie

Il existe deux types d'homéopathie : uniciste et pluraliste. Ces deux formes se distinguent principalement par le dernier principe de l'homéopathie énoncé par Hahnemann, qui consiste à administrer un remède unique au patient quel que soit le nombre de symptômes (Gigliot-Jaquemot, 2011).

Les homéopathes pluralistes ont une approche morcelée du patient et prescrivent un ou plusieurs remèdes à la fois selon le nombre des symptômes présentés, alors que l'homéopathie uniciste au contraire traite le patient dans sa globalité en tenant compte aussi bien de son histoire de vie que de ses symptômes physiques, comme l'avait décrit Hahnemann (Loutan, 2010).

3.3.6.1. Homéopathie Uniciste

L'Homéopathie uniciste est « le traitement par un seul remède du patient envisagé comme un tout, indissociable, composé substantiel corps – esprit ». (Loutan, 2010, p.30)

L'unicisme est la méthode traditionnelle, respectant les écrits originaux et les recommandations d'Hahnemann (Annen, 2012). Cette forme de médecine traite tous les symptômes d'un malade par un seul médicament homéopathique. (Choffat, 1993). Cela est rendu possible par le fait que l'homéopathe uniciste considère tous les symptômes du patient comme des expressions partielles et complémentaires d'une même affection. (Choffat, 1993). En d'autres termes, l'homéopathe uniciste cherche à prescrire un remède sur ce qui est typique du patient bien plus que sur les symptômes qui permettent le diagnostic de la maladie. Il vise l'amélioration et la disparition des symptômes de la pathologie, mais surtout le rééquilibrage de la force vitale du sujet (Giglio-Jaquemot, 2011).

L'énergie vitale est une force qui maintient l'organisme en bonne santé, en coordonnant et en unissant les fonctions des divers organes du corps. La maladie est l'état de déséquilibre de l'énergie vitale (Homeobel, 2000). Les symptômes sont les signes de la lutte du corps pour recouvrer son équilibre (Choffat, 1993). Il vaut donc mieux les soutenir que les combattre, afin de favoriser le processus de guérison (Choffat 1993).

Cette vision de la maladie, selon Hahnemann, implique qu'un organe lésé n'est pas la cause de la pathologie, mais sa conséquence et donc, traiter la lésion ne suffit pas à enrayer la maladie, car le déséquilibre de l'énergie vitale n'est pas corrigé (Homeobel, 2000).

Au sein de l'homéopathie uniciste, c'est donc l'homme en son tout qui est pris en charge et traité. La maladie n'est finalement que le signal d'alerte qui permettra à l'homéopathe de soigner son patient.

3.3.6.2 Homéopathie pluraliste

L'Homéopathie pluraliste est « la prescription de plusieurs remèdes pour différents aspects ou symptômes d'un patient ». (Loutan, 2010, p.30)

Cette forme d'homéopathie a été développée en France au milieu du 20^{ème} siècle ,et s'est peu à peu répandue dans plusieurs pays. Cette médecine traite prioritairement les symptômes et ne tient pas compte de l'homme dans sa globalité, elle se rapproche donc très fortement de la médecine allopathique (Giglio-Jaquemot, 2011). En effet, les homéopathes pluralistes prescrivent plusieurs médicaments correspondant chacun à un symptôme. Ils contiennent donc plusieurs substances, qui peuvent être pris en alternance ou simultanément. Ceci se découvre très facilement à travers leurs ordonnances qui sont très longues et détaillées contrairement à celles, très concises, des homéopathes unicistes (Giglio-Jaquemot, 2011).

L'homéopathie pluraliste répond donc au principe des contraires contre lequel Hahnemann luttait, car selon lui, cette forme de médecine ne pouvait traiter la réelle cause de la maladie (Giglio-Jaquemot, 2011).

En effet, selon Hahnemann (1834)

[...] c'est un précepte fort sage de ne jamais chercher à faire avec plusieurs forces ce qu'on peut accomplir avec une seule, il[le médecin] ne lui viendra jamais à l'esprit de donner comme remède autre chose qu'un seul médicament simple à la fois. Car il sait que, quand bien même on aurait étudié sur l'homme sain les effets spécifiques et purs de tous les médicaments simples ; nous n'en serions pas moins hors d'état prévoir et de calculer la manière dont deux substances médicinales mêlées ensemble peuvent se contrarier et se modifier réciproquement dans leurs effets (p.280).

Pour les homéopathes unicistes, fervents adeptes des principes décrits par Hahnemann, il n'y a aucune utilité à administrer plusieurs médicaments de manière simultanée, car les chances de succès sont diminuées. En effet, le mélange de plusieurs substances ensemble, pourrait les amener à s'antidoter et en cas d'échec, comme en cas de réussite du traitement, il serait difficile d'analyser les résultats obtenus (Choffat, 1993, p.48). De plus, cette forme pluraliste serait responsable de la survenue d'effets secondaires en homéopathie. Ceci serait dû aux effets simultanés des divers remèdes utilisés pour les différents symptômes. Il est en effet impossible de prévoir les interactions de plusieurs substances médicinales, même en connaissant les pathogénésies complètes de tous les médicaments homéopathiques simples (Giglio-Jaquemot, 2011).

La même problématique se retrouve en pharmacologie classique ou dans le domaine de l'agro-alimentaire. Il arrive quelques fois que des médicaments allopathiques ou des additifs alimentaires, présentent des effets indésirables s'ils sont combinés à d'autres substances (Loutan, 2010).

Selon les unicistes, le traitement pluraliste ne répondrait pas réellement à la médecine homéopathique telle que la définissait Hahnemann. En effet, même si les pluralistes s'attachent à mener une anamnèse complète afin de considérer l'individu dans son entier, comme le font les unicistes, le traitement aura pour but la disparition des symptômes et non pas le rééquilibrage de l'énergie vitale dont nous avons parlé en détails dans la section sur l'homéopathie uniciste (Giglio-Jaquemot, 2011). De plus, le principe du remède unique et de l'expérimentation sur un être sain ne sont pas respectés, c'est pourquoi les apologistes de l'homéopathie classique ont du mal à différencier cette médecine de l'allopathie (Giglio-Jaquemot, 2011).

En conclusion, selon les fondements de l'homéopathie, le courant pluraliste de cette médecine contribue à augmenter le risque d'interactions entre plusieurs substances et de créer des effets secondaires chez le patient. Malgré l'attention portée à l'histoire de vie du malade, le courant pluraliste ne cherche pas à améliorer le bien-être global de la personne, mais à faire disparaître des symptômes dérangeants, tout comme le ferait un traitement allopathique traditionnel.

3.4 Philosophie de la santé

Nous avons découvert en définissant l'allopathie et l'homéopathie, deux pratiques médicales totalement opposées. Pour pouvoir comprendre leurs différences et leurs façons distinctes d'aborder la santé nous allons développer les différents modèles et approches philosophiques existants au sein du monde médical.

3.4.1 Définition de la santé

Selon la théorie et le modèle de santé que l'on peut adopter, son sens peut différer. En effet, il n'existe pas de définition exacte et unique de ce mot ou de cet état, il est impossible de la définir d'une seule manière. Nous pouvons donc retrouver en fonction de différents auteurs et de leurs idées, plusieurs sens liés au mot « santé ».

Par exemple, selon le dictionnaire Larousse (2009) la santé est « l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne normalement ». Selon Dr Leriche (1936), chirurgien « La santé, c'est la vie dans le silence des organes » (Gilbert, 2012, p.1) et selon Georges Canguilhem (1943) médecin et philosophe « Etre en bonne santé c'est pouvoir tomber malade et s'en relever, c'est un luxe biologique » (p.132). Selon

l'OMS (1946) la santé est : « un état de bien être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité. » (Constitution de l'OMS, 2006, p.1)

Nous découvrons donc que le sens ce mot peut différer en fonction de la philosophie ou du modèle de santé de chaque individu mais aussi de l'époque à laquelle il vit. Ceci peut donc amener chacun à se diriger soit vers une médecine scientifique, allopathique, ou alors vers une médecine prenant en compte la notion de bien-être, différenciant l'esprit du corps, tout comme la plupart des médecines alternatives.

Quels sont alors ces différents modèles et leurs différences ?

3.4.2 Les différents modèles de santé

La santé peut être vue et appréhendée de plusieurs façons. Selon différents auteurs, elle pourrait être partagée en différents modèles.

Par exemple, selon Robbie Davis-Floyd, il existerait trois modèles de philosophie de la santé : le modèle technocratique, le modèle humaniste et le modèle holistique. (Davis-Floyd, 2001)

Le modèle technocratique est associé à la médecine allopathique, il sépare l'esprit du corps. Ce dernier est apparenté à une machine dont on traite les dysfonctionnements, sans toutefois tenir compte du contexte de survenue des difficultés (Davis-Floyd, 2001). Les soins s'effectuent de manière standardisée, selon une suite de protocoles dont les preuves scientifiques ne sont pas toujours démontrées (Davis-Floyd, 2001).

Selon ce modèle, en obstétrique, le déroulement naturel du travail est considéré comme n'étant pas fiable, le corps est imparfait, c'est pourquoi il nécessite un suivi médical constant. Lorsque les femmes accouchent dans un environnement de ce type, leurs jugements et leurs ressentis ne semblent avoir aucune valeur face à la technologie (Brailey, 2006).

Selon Alexandre Klein (2007), doctorant en philosophie, la santé comporterait également trois modèles. Le premier définirait la santé comme étant l'absence de maladie. Ceci peut se rapprocher de la médecine allopathique ou encore du modèle technocratique décrit par Davis-Floyd. En effet, la santé appréhendée au sein de ces modèles, fait référence seulement au corps et à son fonctionnement sans tenir compte de l'esprit.

Le second modèle appelé humaniste est l'inverse du modèle technocratique. La médecine humaniste reconnaît l'influence que peut avoir l'esprit sur le corps, et donc, il est impossible de traiter des symptômes physiques sans tenir compte du psychisme. (Davis-Floyd, 2001). En obstétrique, selon ce modèle, le corps et l'esprit ne feraient donc plus qu'un, et la femme est vue dans sa globalité. Ses antécédents, son histoire de vie, ses valeurs sont pris en compte (Brailey, 2006).

Dans ce type de philosophie, le soignant s'intéresse à l'environnement biologique, psychologique et social du patient et non pas juste à ses symptômes. (David-Floyd, 2001).

L'humanisme peut s'apparenter au modèle bio-psycho-social, retrouvé en médecine, dans lequel tous les aspects sont pris en compte : le biologique, le psychologique et l'environnement social (Brailey, 2006).

De plus, le soignant donne au patient toute l'information nécessaire à la compréhension de sa situation et laisse la porte ouverte à plusieurs options, y compris des médecines alternatives (Davis-Floyd, 2001). La prévention et la promotion de la santé représentent un autre axe important de la médecine humaniste (Davis-Floyd, 2001).

Le dernier modèle holistique prend en compte l'esprit, le corps, les émotions, les pensées et l'environnement du patient. Dans ce type d'approche, en obstétrique, le psychisme et les émotions de la femme enceinte représentent l'aspect essentiel du processus de soin (David-Floyd, 2001).

Le corps du patient est considéré comme une énergie, elle-même influencée par toutes sortes de facteurs subtiles comme la colère ou les champs électromagnétiques. (Loutan, 2010). Chaque individu étant différent, leurs besoins et leurs rythmes sont uniques, et donc, la médecine holistique s'attache à trouver une réponse spécifique à chacun. (Davis-Floyd, 2001.). Le patient ou plutôt client est responsable de son propre bien-être et de sa propre santé ; c'est à lui de décider si il est prêt à mettre en œuvre toutes les actions nécessaires pour atteindre son objectif de santé. (Davis-Floyd, 2001.). Le but de ce type d'approche s'étend sur le long terme et souhaite le bien-être et le maintien de la santé, par le changement des habitudes de vie. (David-Floyd, 2001.).

Nous découvrons donc les différents modèles de santé qui existent au sein de nos sociétés européennes. La vision d'une bonne santé peut donc se différencier en fonction de la philosophie de la personne et de la signification pour cette dernière de se sentir en bonne santé. Qu'est-ce qui pousse la population à avoir recours à une médecine allopathique proche du modèle technocratique, ou alors à l'homéopathie, un modèle holistique?

3.4.3 Allopathie et homéopathie : deux paradigmes différents

Comme nous avons pu le voir à travers leurs définitions et les modèles de santé qui leur correspondent, l'allopathie ou médecine conventionnelle diffère totalement de l'homéopathie. La notion de santé et de maladie ne sont pas abordés et définis de la même façon au sein de ces deux pratiques. Leurs méthodes, leur thérapeutique, leur pharmacopée ainsi que leur philosophie de la santé sont totalement différentes.

La médecine conventionnelle repose sur le fonctionnement biologique de l'être humain et de son dérèglement, la maladie (Foucault, 2003; Canguilhem, 2006).

Elle repose donc sur un paradigme dit matérialiste ou technocratique comme nous l'avons mentionné précédemment. Cette vision de la santé et de la maladie ne permet pas d'envisager l'être humain dans sa globalité, et le réduit à ses composantes qui sont étudiées séparément (Bastide & Lagache, 1997).

En effet, selon Aakster(1986) et Furnham(2002), cité par Taillefer (2009)

En médecine conventionnelle, la santé est perçue comme une absence de maladie et la maladie est considérée comme une déviance locale et spécifique d'un organe ou d'un tissu où les symptômes doivent être supprimés. Le diagnostic se résume à une classification morphologique basée sur la localisation et l'étiologie. La thérapeutique a comme but essentiellement la destruction ou la suppression des forces qui rendent la personne malade. Le patient est en général considéré comme un réceptif passif de solutions externes dans le processus de recouvrement de sa santé (p.72)

L'homéopathie qui est issue de l'époque des Lumières se fonde sur des concepts, une vision de l'être humain, et une philosophie médicale totalement distincte de la médecine allopathique, c'est pourquoi ces deux pratiques sont si souvent comparées. (Taillefer,2009)

Les modèles mécaniques ou technocratiques et holistiques s'opposent totalement comme nous avons pu le voir précédemment. L'un est axé sur une thérapeutique technique et standardisée, alors que le deuxième applique sa thérapeutique de manière individualisée à la personne malade (Taillefer, 2009).

En médecine homéopathique, la santé représente à la fois l'équilibre interne et externe de l'être humain, ainsi que la capacité de ce dernier à s'adapter physiquement, psychologiquement et socialement dans son monde (Vithoulkas, 1984). La maladie quant à elle n'existe pas en homéopathie c'est le mot « personne malade » qui est utilisé.

En effet, selon Aakster (1986) et Furnham (2002), cité par Taillefer (2009) :

Les symptômes sont une altération de la force vitale et le résultat de la lutte du système de défense pour neutraliser le stimulus morbide.

Le diagnostic tient compte des problèmes fonctionnels et tous les signes physiques, psychologiques, objectifs et subjectifs sont considérés comme des outils à l'établissement du diagnostic du remède, soit une corrélation la plus semblable que possible entre la personne malade et le remède. La thérapeutique a comme but le renforcement des forces vitales capables de promouvoir le retour à l'autorégulation et à la santé. Le patient est considéré comme un participant actif dans le processus de recouvrement de sa santé (p.72).

Si nous rappelons la définition de la santé donnée par l'OMS en 1946 et selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », nous découvrons un lien possible entre ce sens de la santé et l'homéopathie qui prend également en charge l'individu dans sa globalité (Vithoulkas, 1984).

Avec l'OMS, la santé est devenue un concept individuel. Elle tente par son éducation de changer les représentations, ainsi que les rapports qu'entretient l'individu avec son corps et sa santé. (Klein, 2007)

Nous allons désormais tenter d'expliquer et de comprendre les raisons qui ont poussé une partie de la population à changer son regard sur la santé, et qui se retrouve désormais plus proche d'une philosophie holistique que technocratique.

3.4.4 Une nouvelle approche de la santé.

Nous avons découvert que les médecines alternatives connaissent un réel essor au sein de notre société. Quelle est la nouvelle vision de la population par rapport à leur santé, pourquoi ces personnes se dirigent-elles vers des thérapies plus douces, différentes de la médecine conventionnelle ?

Les causes de ce changement seraient dues en partie : au développement culturel, au changement d'attitude face à la santé de la population générale. En effet, l'attitude face à la maladie ou à la souffrance varie en fonction de la perception du monde, des valeurs, des modèles et la confiance que les personnes ont dans l'aide qu'on peut leur apporter (A, Taillefer, 2009). Mais ceci est également et surtout influencé par la politique et les changements qu'elle veut susciter par son éducation à la santé.

En effet ceci a pour but « de faciliter la rencontre entre les compétences des professionnels de santé et les compétences de la population » (Sandrin-Berthon 1999, cité par Klein, 2007, p.5). Ainsi par cette rencontre, chacun acquiert de nouvelles compétences qui contribuent à redonner une autonomie aux différents partenaires. Ceci semble en effet indispensable pour que les savoirs scientifiques trouvent leur sens en étant confronté à la connaissance que les gens ont d'eux-mêmes, et de leur réalité de vie (Sandrin-Berthon 1999, cité par Klein, 2007, p.5).

L'éducation à la santé permet de nouveaux rapports, d'une part entre les partenaires de santé et la population, et d'autre part entre la population et leur propre santé. Ce renouveau est également influencé par les nombreuses campagnes publicitaires de prévention, d'information, afin de promouvoir la santé auprès des populations. (Klein, 2007) Ceci leur permet d'avoir un regard critique sur leur santé, et de se positionner sur les différentes problématiques qui lui sont liées. C'est la Charte d'Ottawa qui a instauré réellement ce concept de promotion à la santé en 1986. Ceci est défini comme

étant « un processus qui confère aux populations, les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. » (OMS, 2012, p.5).

Ce concept repose sur le troisième modèle de santé énoncé par Alexandre Klein. En effet, la santé apparaît désormais comme « un idéal social et individuel, qu'il faut valoriser. Elle devient un capital à développer, entretenir et conserver, et un thème s'immisçant dans tous les domaines de la vie. » (Klein, 2007, p.3). Elle reprend également la notion de santé globale en tenant compte de l'histoire de vie du sujet et de ses besoins

La société pousse la population à s'impliquer davantage pour leur santé, à changer leurs attitudes, pour les rendre autonomes et conscients de l'importance de leur bien-être. Ceci les dirige donc parfois vers d'autres pratiques médicales différentes de la médecine conventionnelle, qui tiennent compte de l'individu dans sa globalité, tout comme les médecines alternatives. Ce nouveau rapport à la santé permet donc d'expliquer, en parti, ce nouvel intérêt pour les pratiques de santé non conventionnelles (Taillefer, 2009).

Cependant en dehors de toutes ces notions philosophiques en rapport à la santé, quelles sont les raisons beaucoup plus concrètes qui poussent les personnes à avoir recours à la médecine allopathique ou homéopathique ?

3.4.5 Pourquoi choisir la médecine allopathique ?

La médecine allopathique est depuis plusieurs années la médecine principale des systèmes de santé en Occident. Grâce aux différents médicaments toujours plus développés, aux technologies, et à la technique chirurgicale toujours plus performante, elle tente de soulager, guérir, améliorer la qualité de l'espérance de vie (Taillefer, 2009).

Cette médecine, comme nous avons pu le voir à travers sa définition, ne traite donc pas un malade mais une maladie à l'aide de plusieurs médicaments ou thérapies. La majorité de la population a recours à la médecine conventionnelle depuis de nombreuses années pour plusieurs raisons. L'allopathie est tout d'abord perçue comme étant une médecine fiable, car elle repose sur des preuves scientifiques. En effet, l'efficacité et l'innocuité des médicaments, sont testées et étudiées pendant de longues années à travers de nombreux essais cliniques sur l'animal puis sur l'homme, avant d'être exposés sur le marché. (OMS, 2002b).

La prescription de médicaments apporte un sentiment de sécurité et de reconnaissance au patient, il se sent pris en compte et écouté. (Haute autorité de santé [HAS], 2012). Le médecin à travers son ordonnance et la prescription de médicaments ou d'examen médicaux semble implicitement répondre

et comprendre les plaintes du patient. « Il y a donc une reconnaissance de la plainte du patient, une transmission des connaissances entre le médecin et le patient ». (HAS, 2012)

Enfin, la guérison à travers la thérapie médicamenteuse est jugée simple et rapide pour le patient. Selon la Haute autorité de santé (2012), cette médecine demanderait moins d'investissement financier et personnel que les médecines alternatives, qui demandent une participation active du patient.

Cette médecine semblerait également être la plus adaptée pour les urgences vitales et les cas lésionnels/organiques tels que les fractures, tumeurs, cancers. (Annen, 2012)

Ce sont toutes ces raisons qui guideraient donc la majorité de la population à utiliser la médecine conventionnelle, dite allopathique pour se soigner.

Nous allons désormais découvrir les raisons qui poussent une partie de nos populations européennes à avoir recours aux médecines alternatives et à l'homéopathie plus particulièrement.

3.4.6 Pourquoi choisir l'homéopathie ?

Pourquoi la population a-t-elle recours à l'homéopathie, quels sont les facteurs qui les poussent à se soigner par cette pratique médicale ?

Des enquêtes effectuées dans l'Union Européenne, au Canada et aux Etats-Unis, ont démontré un recours de plus en plus important aux médecines alternatives par la population pour prévenir ou soigner leurs différents problèmes de santé. Les plus importantes sont : L'homéopathie, l'acupuncture, l'ostéopathie, l'herboristerie et la chiropraxie. (Astin et al., 1998; Hendrickson, 2006)

Les raisons qui pousseraient la population à avoir recours à l'homéopathie semblent être identiques à celles évoquées pour les médecines alternatives en général.

Selon l'OMS (2002b) :

Dans de nombreux pays développés, la popularité des médecines non conventionnelles est alimentée par la remise en question des démarches et présomptions de l'allopathie, sur sa capacité de guérison, et par l'accès de plus en plus facile du grand public à l'information sur la santé, des valeurs changeantes, et une tolérance réduite du paternalisme (...) aussi [la popularité des MNC est alimentée] par les inquiétudes au sujet des effets nocifs des médicaments allopathiques (p 14).

La première cause serait donc dû au fait que les gens veulent désormais guérir sans avoir d'effets secondaires, de dépendances, et de risques liés à la médecine allopathique. (Menniti-Ippolito et al., 2002) Cette peur envers l'allopathie a été renforcée par les médias, les chercheurs qui démontrent de plus en plus de maladies iatrogènes liées à cette médecine conventionnelle. (Taillefer, 2009). En effet,

selon Steel et al (2004) une importante étude américaine de 1981, reprise en 2004 , avait trouvé que près de 44 % des gens admis dans un hôpital universitaire avaient une maladie iatrogénique; il y avait 11 % des gens pour qui cet incident menaçait leur vie ou produirait un handicap considérable et pour 2.4 % , cela avait contribué à leur décès (Taillefer, 2009, p.78). Certains médecins eux-mêmes semblent maintenant vouloir éviter les effets iatrogéniques, de plus en plus fréquents dans les traitements de la médecine conventionnelle, en utilisant la médecine homéopathique (May & Sirur, 1998).

Une deuxième cause qui revient très fréquemment est que le recours à cette médecine serait leur dernier espoir pour leurs problèmes de santé qui n'ont pu être soignés par la médecine conventionnelle. Les médecines alternatives seraient plus efficaces pour vaincre certains maux et tout particulièrement les maladies chroniques. (Cartwright et Torr, 2005). En effet jusqu' à 97 % des gens qui consultent en homéopathie le font pour un problème de santé chronique qui dure en moyenne depuis 10,3 ans pour les adultes et 4,3 ans pour les enfants (Fournier & Taillefer, 2003; Witt et al., 2005)

La troisième raison évoquée serait l'insatisfaction de la relation avec le praticien en médecine allopathique qui serait trop paternaliste et autoritaire. (Chabot et Sévigny, 1991). En effet, pendant des années, ce paternalisme retrouvé en médecine classique était très bien accepté par la population. Le patient suivait les instructions du médecin, il ne maîtrisait pas lui-même sa santé, mais accordait une entière confiance en son docteur qui occupait un statut d'idéal. Mais ceci comme nous l'avons vu précédemment a beaucoup changé. Le rapport à la santé a évolué, la population se préoccupe davantage de son bien-être et désire participer activement à la qualité de leur santé. C'est pourquoi aujourd'hui, la relation avec ces praticiens sont vécus comme étant une perte de pouvoir et de contrôle sur leur corps et leur santé. (OMS, 2002b)

D'autres utilisateurs avouent cependant que le recours à ces médecines alternatives serait tout simplement dû au fait qu'ils souhaitent utiliser toutes les options possibles existantes dans le système de santé (Vincent et Furnham, 1996, cité par Taillefer, 2009, p.82). Ils font donc ce choix comme complément ou comme rectification aux limites de la médecine conventionnelle (McGuire, 1995, cité par Taillefer, 2009, p.81). Ainsi , contrairement aux craintes véhiculées par la médecine conventionnelle, il semble que les utilisateurs de la médecine alternative n'utilisent pas ces pratiques de santé en excluant la médecine classique. Ils le disent toutefois rarement à leur médecin par crainte de réprimande (Eider et al., 1997).

Ainsi, la plupart des personnes qui consultent un homéopathe pour la première fois cherchent à trouver un traitement pour certaines maladies chroniques qui n'ont pu être soignées par la médecine

allopathique, tels que des troubles respiratoires, cutanés, digestifs, anxiété, dépression. (Fortes et Fraiz, 2002, cités par Taillefer, 2009, p.82). Ils consultent également pour avoir des conseils de prévention pour certaines maladies graves comme le cancer (Tovey et al., 2007) .

Les raisons qui poussent ensuite les personnes à continuer à consulter seraient dues à la qualité de la relation soignant-soigné. En effet, le praticien homéopathe serait beaucoup plus attentionné envers ses patients. De plus, les consultations sont plus longues, et les personnes ont une plus grande autonomie sur leur santé. Mais la raison essentielle serait leur satisfaction en matière de santé (A, Taillefer, 2009).

En conclusion, les adeptes de l'homéopathie en plus de rechercher une guérison ou une amélioration de leur santé au sein de cette médecine, recherchent également l'information, une amélioration de leur qualité de vie, un espoir, une explication, un conseil d'entraide, une compréhension et être rassuré. (Richardson, 2004).

Est-ce les mêmes raisons qui poussent les femmes enceintes à avoir recours à l'homéopathie ? C'est ce que nous allons désormais tenter d'expliquer.

3.5 Le rapport à la santé en obstétrique

Comme nous l'avons vu à travers le questionnaire professionnel, la maternité pousse les femmes à avoir recours à d'autres médecines, différentes de l'allopathie. Mais comment peut s'expliquer ce phénomène ? Pourquoi certaines femmes qui avaient habituellement recours à la médecine classique se penchent vers l'homéopathie lorsqu'elles portent un enfant ? Est-ce pour les mêmes raisons que celles que nous avons énoncées précédemment ? Mais commençons tout d'abord par définir la périnatalité qui est la période ciblée dans notre travail.

La période périnatale a été définie initialement par l'OMS d'un point de vue épidémiologique, notamment pour permettre des comparaisons internationales en termes de mortalité. Il s'agit de la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance. Aujourd'hui, le terme de périnatalité - littéralement " autour de la naissance " - couvre la période " avant, pendant et après la naissance " dans une acception plus large que la définition épidémiologique. Le plan périnatalité 2005-2007 conduit une réflexion sur tous " les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale ". Le terme " après la naissance " peut aller, pour certains, jusqu'à un an, pour d'autres jusqu'à 3 ans. (OMS, cité par Houzelle, Cecchi, Ricard 2007, pp16-19)

3.5.1 Historique

En quelques années, l'obstétrique et la prise en charge des femmes enceintes a connu un grand changement.

Comme le dit Kitzinger (1992), l'obstétrique est passée d'une affaire de femmes à une affaire d'hommes. Depuis toujours, les amies, les voisines, les femmes de la même famille s'entraidaient et se conseillaient pour cette période de leur vie. La sage-femme était la personne de confiance, celle à qui l'on se referait pour être guidé et conseillé. Cependant, les décisions importantes pendant l'accouchement par exemple se prenaient par toutes les femmes du groupe, c'était une prise en charge globale. L'autonomie et les choix de la patiente étaient donc respectés.

Puis, au début du 20ème siècle, tout ceci changea. Ce fut l'arrivée des médecins en obstétrique. Les femmes quittent leur domicile pour accoucher à l'hôpital avec toutes les nouvelles techniques médicales. La sage-femme est peu à peu remplacée, la relation privilégiée entre cette dernière et la mère laisse place à des décisions scientifiques entre médecins qui ne tiennent plus compte de l'avis de la femme. Les médecins ne partagent plus leurs décisions avec leurs patientes les jugeant incapables de prendre des décisions. C'est le paternalisme médical. (Page, 2004.) Ce modèle resta incontesté jusque dans les années 60, puis l'arrivée des cours de préparation à l'accouchement et le mouvement pour la santé des femmes ont peu à peu poussé les femmes à reprendre leurs droits d'information, de choix et d'autodétermination (Faulder, 1985 ; Clement 1987 cités par Page, 2004). C'est ainsi que les femmes commencèrent à se révolter contre les pratiques médicales obstétricales et à se tourner vers des alternatives aux soins basiques obstétricaux (Page, 2004).

Les femmes ont besoin d'autonomie, d'une prise en charge globale, elles veulent devenir les actrices de leur accouchement. Un grand nombre de femmes enceintes souhaitent donc aujourd'hui une thérapie globale. La médecine orientée sur l'ensemble ne considère pas uniquement l'organe malade ou des problèmes isolés, mais plutôt le patient en sa totalité, y compris son environnement social. Ceci a une importance particulière pendant la période intensive de la grossesse (Page, 2004). De plus, cette médecine globale permet de responsabiliser les femmes enceintes, à les rendre autonome, ce qui correspond tout à fait à leur nouvelle demande (Page, 2004). En effet, l'homéopathie ne se limite pas à la symptomatologie de la maladie, elle met l'accent sur la prévention et la responsabilisation de l'individu face à son traitement (Lockie & Geddes, 1999).

3.5.2 Changements psychologiques liés à la grossesse

Durant la grossesse, la femme connaît de nombreux changements psychologiques, physiques, sociaux et environnementaux. Sur le plan psychique, selon Monique Bydlowski (1997), la femme connaît une crise maturative nommée transparence psychique, qui lui permet de se remémorer des événements liés à son passé. Ainsi, par son approche globale et individualisée, l'homéopathie nous semble être une thérapeutique appropriée à ces bouleversements psychologiques liés à la maternité. En effet, chaque grossesse est différente et ne se vit pas de la même façon en fonction des antécédents et de l'histoire de vie de la patiente. C'est ainsi que l'homéopathie choisit un remède qui correspondra au mieux à chaque femme enceinte et à ses antécédents (Lockie & Geddes, 1999). De plus, cette période de maternité fait naître chez la future mère des changements psychologiques importants qui lui permettent de créer un lien, une relation avec leur enfant, une envie forte de les protéger et de leur apporter le meilleur :

Edvarsson et al. (2011) ont démontré l'influence de la grossesse sur les comportements de santé. En effet, les femmes éprouvent plus de facilité à modifier leurs comportements de santé pendant la grossesse parce que ceux-ci peuvent avoir des répercussions sur le fœtus. (Edvarsson et al, 2011) Plus le risque est élevé pour l'enfant en devenir, plus le changement sera facile à opérer. (Edvarsson et al, 2011) Dans ce contexte-ci, les médecines alternatives semblent prendre tout leur sens, car comme l'ont démontré Adams et al. (2009), pour les femmes enceintes, ce type d'approche représente une alternative plus naturelle, plus sûre et au moins aussi efficace que des traitements allopathiques. (Adams et al. 2009).

Afin de découvrir si l'efficacité de l'homéopathie est aussi réelle que le pensent les femmes enceintes, nous allons dans un prochain paragraphe aborder ce concept, en apportant une définition précise et en tentant d'apporter des réponses à travers de multiples études abordant ce sujet.

3.6. Efficacité

3.6.1 Efficacité des médicaments

Tous les médicaments tirés de la médecine classique sont testés et analysés scientifiquement pour pouvoir être consommés par les utilisateurs.

Après de multiples étapes du développement pré-clinique, les premiers essais sur l'homme peuvent être réalisés. C'est une étape obligatoire et systématique du développement d'un médicament. Ils permettent de préciser l'effet d'un traitement chez l'homme, d'en déterminer l'efficacité, ainsi que les

éventuels effets secondaires. La recherche clinique est divisée en quatre étapes. Tout d'abord les essais sont effectués sur des volontaires sains pour juger la sécurité d'emploi du médicament, ensuite sur de petits groupes de malades, ce qui a pour but d'analyser l'activité du futur médicament en terme de dose réponse, puis les essais sont multicentriques pour confirmer l'efficacité du médicament (Dellale, 2009). Le médicament en développement est donc comparé à un traitement efficace déjà commercialisé, ou à un placebo, c'est-à-dire un traitement sans activité pharmacologique. Cette comparaison se fait en double aveugle, que les traitements sont donc attribués de manière aléatoire, sans que le patient ou le médecin soient informés de quelle attribution les médicaments ont fait l'objet. A l'issue de cette dernière phase, les résultats sont soumis aux Autorités Européennes de Santé pour l'obtention d'autorisation de mise sur le marché (AMM) (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [ANSM], 2012). Les essais cliniques sont donc obligatoires et systématiques pour le développement du médicament. (Dellale, 2009). Pour pouvoir être mis sur le marché, le nouveau produit doit présenter un rapport bénéfice /risque au moins équivalent à celui des produits déjà commercialisés (ANSM, 2012). Il existe une dernière phase qui est réalisée une fois que le médicament est commercialisé. Ces essais cliniques, outils de la médecine fondée sur des preuves, permettent d'approfondir en permanence la connaissance du médicament dans des situations réelles d'utilisation.

La médecine fondée sur les preuves ou Evidence Based Medicine [EBM] en anglais est née dans les années huitante à l'Université de McMaster au Canada (Masquelet, 2010 ;Utard, 2011).

Sackett (1996), cité par Utard (2011) en donne la définition suivante :

La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique (p.2).

L'Evidence Based Medicine représente une approche quantitative de la médecine, car seules des données mesurables peuvent amener des preuves. (Masquelet, 2010).

L'EBM se base sur une méthodologie pouvant être résumée en quatre points. (Utard, 2011). La première étape implique la formulation d'un problème médical sous forme d'une interrogation précise. Ensuite, il faut procéder à la recherche, dans la littérature, des informations les plus pertinentes sur cette problématique et par la suite, évaluer la fiabilité et la possibilité d'application des conclusions obtenues par les auteurs des articles sélectionnés. Et pour terminer, il faut intégrer et utiliser les résultats obtenus pour répondre au questionnement de départ. (Utard, 2011).

Deux outils permettent de parvenir à ces résultats. D'une part, l'essai clinique randomisé qui va permettre de développer des connaissances sur une problématique donnée et d'autre part, les méta-analyses qui permettent une synthèse des données sur un sujet. (Utard, 2011)

Nous découvrons donc que les médicaments classiques sont soumis à de nombreux tests et essais cliniques permettant de démontrer leur efficacité et leurs possibles effets indésirables avant d'être commercialisés et ainsi utilisés par les consommateurs. Ces règles très strictes sont-elles les mêmes pour les remèdes homéopathiques ?

3.6.2 Efficacité et homéopathie

Même si l'homéopathie n'est pas reconnue dans de nombreux pays comme étant une médecine, ses préparations font quant à elles l'objet de contrôles méticuleux, presque identiques à ceux d'un médicament. (Quemoun, 2005)

Une pharmacopée homéopathique française a été rédigée sous le patronage de la Société française d'Homéopathie. A ses débuts, cette pharmacopée contenait très peu de médicaments homéopathiques considérés comme médicament unitaire. Depuis, la situation a évolué, et chaque année elle est remise à jours. Les pharmacopées allemande, anglaise, brésilienne, américaine ont également mis au point leur propre pharmacopée homéopathique. (Quemoun, 2005) La pharmacopée européenne n'a cessé de s'enrichir pour légiférer une pharmacopée commune. Tous les pays européens ne sont pas d'accord pour définir le mode de préparation de la souche homéopathique, c'est-à-dire la teinture mère. (Quemoun, 2005)

Aujourd'hui, pour chaque souche homéopathique, il faut présenter un dossier de dépôt d'autorisation de mise sur le marché. (Description des locaux, contrôle des diluants, préparations et contrôle des matières premières. « Tous ces contrôles et précautions permettent au médicament homéopathique d'avoir une A.M.M (Autorisation de mise sur le marché), et d'être un médicament à part entière » (Quemoun, 2005, p.20)

Cependant, même s'ils doivent obtenir une autorisation de mise sur le marché, ils sont contrairement aux médicaments classiques, dispensés d'essais cliniques préalables. C'est pourquoi leur efficacité n'est jamais réellement prouvée. (Quemoun, 2005)

La problématique de l'efficacité de l'homéopathie s'est toujours posée, et ce, dès les débuts de cette médecine. A l'époque, Hahnemann avait déjà ses détracteurs. En effet, la loi des dilutions infinitésimales a toujours été largement contestée. Les très hautes dilutions utilisées en homéopathies impliquent qu'il n'y ait plus de substances actives dans la solution, ce qui signifie donc, selon eux,

que la préparation n'a aucune action. (Shang A. et al., 2005). Les partisans de l'homéopathie répondent à cette critique, en expliquant que c'est lors de la dynamisation que les propriétés d'action de la substance homéopathique sont transférées au solvant. (Shang A. et al, 2005)

En 2005, la revue Lancet publie un article qui démontre l'inefficacité de l'homéopathie. (Shang A. et al., 2005). Pourtant, malgré ce texte, l'homéopathie reste une des médecines alternatives les plus usitées dans le monde. Des études sur le sujet ont été menées dans divers domaines de la médecine. Nous allons faire un état des lieux très exhaustif sur le sujet.

Adler et al. (2009) ont démontré qu'un traitement homéopathique individualisé en fonction de l'anamnèse du patient, comme le veut l'homéopathie uniciste, traitait les dépressions modérées à sévères aussi bien que le traitement antidépresseur habituel, le Fluoxétine®. De plus, l'homéopathie semble présenter moins d'effets indésirables, interférant de manière importante dans la vie du patient (10.7%) que le Fluoxétine® (21.4%). (Adler et al., 2009).

Un essai clinique randomisé en double-aveugle, avec groupe placebo de Hart, Mullee, Lewith & Miller (1997) a montré l'inefficacité de l'arnica C30 en post-opératoire, pour la douleur et le risque infectieux, après une hystérectomie total par voie abdominale.

Toutefois, malgré la controverse liée à l'efficacité de l'homéopathie, et les résultats divergents sur cette problématique, les utilisateurs de cette thérapeutique semblent y trouver une réelle satisfaction. En effet, Spence et al. (2005) révèlent une amélioration clinique importante chez 71% des patients qui consultent en homéopathie. Selon Attene et al. (2000) 73.5 % des patients ont rapporté avoir un état de santé positif après un traitement homéopathique.

Même si les études cliniques ne démontrent pas réellement une efficacité satisfaisante de l'homéopathie, elle semble cependant, selon les témoignages de ses utilisateurs, avoir de réels effets bénéfiques. Mais cette médecine est-elle réellement sans risques ? Est-elle dénuée de tout effet secondaire, comme le pense la majeure partie de ses utilisateurs ?

C'est ce que nous allons découvrir et tenter d'expliquer, à travers le prochain paragraphe dans lequel nous allons aborder la question d'innocuité en général, en homéopathie, ainsi qu'en allopathie.

3.7. Innocuité

3.7.1 Innocuité des médicaments

L'innocuité signifie « caractère de ce qui n'est pas nuisible » (OMS, 2012)

L'innocuité des médicaments est d'une importance cruciale pour les soins de santé. Elle détermine l'absence d'effets secondaires, d'événements ou de réactions indésirables recherchés pour tous les médicaments avant leur mise sur le marché.

Selon l’OMS (2004) :

Pour prévenir les problèmes liés aux effets secondaires d’un traitement, le comité pharmaceutique et thérapeutique (CPT) a mis en place une marche à suivre constituée de plusieurs étapes indispensables et devenues obligatoires. Ses étapes sont les suivantes :

- Examen de la littérature en ce qui concerne l’innocuité des nouveaux médicaments dont l’inscription sur la liste du formulaire est proposée
- Prévention des réactions indésirables en assurant que les patients sont soigneusement examinés avant toute prescription de médicaments et que le personnel est formé en conséquence
- Mise en place de systèmes de surveillance des réactions indésirables (pharmacovigilance), avec examen périodique des rapports de réactions indésirables
- Evaluation des suspicions de réactions indésirables
- notification des réactions indésirables aux autorités de réglementation et aux fabricants
- Surveillance et investigation des erreurs médicamenteuses
- Surveillance et investigation des problèmes de qualité des médicaments. (p.64)

Les effets secondaires font partis de l’innocuité, et sont également systématiquement recherchés et testés chez l’homme, avant l’utilisation du médicament par la population générale.

Selon l’OMS (2004), ils peuvent se définir ainsi : « Tout effet non prévu d’un produit pharmaceutique survenant aux doses normalement utilisées chez l’homme, et lié aux propriétés pharmacologiques du produit. Ces effets peuvent être positifs ou négatifs ». (p.64)

L’évènement indésirable, quant à lui, peut survenir pendant un traitement avec un produit pharmaceutique mais n’a pas nécessairement de relation causale avec ce dernier. (OMS, 2004)

Selon l’OMS (2004) :

Une réaction indésirable est la réponse nocive et non prévue à un médicament, survenant aux doses normalement utilisées chez l’homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement de maladies, ou pour modifier une fonction physiologique. Une réaction indésirable inattendue est une réaction dont la nature ou la gravité est sans rapport avec les termes de l’étiquetage ou de l’autorisation de mise sur le marché ni avec les caractéristiques du produit. Une réaction indésirable grave est un événement médical qui, à une dose normalement utilisée chez l’homme provoque le décès, nécessite une hospitalisation ou une prolongation du séjour à l’hôpital, entraîne une incapacité durable ou importante, menace la vie du patient (p.65).

L'innocuité fait donc l'objet de nombreux contrôles, mais s'avère très difficile à respecter pour les médecines traditionnelles, telles que l'homéopathie par exemple. En effet, il existe très peu de données scientifiques démontrant l'absence de risque et les possibles effets secondaires de ces substances.

Selon l'OMS (2004) :

Il peut par exemple s'avérer difficile d'évaluer la qualité de produits finis à base de plantes. Leur innocuité, leur efficacité et leur qualité dépendent de la qualité des matières premières dont ils sont tirés (qui peuvent parfois être composés de centaines de constituants), et de la manière dont les éléments sont manipulés pendant le processus de production.

Même si tous les médicaments sont testés avant leur utilisation, il existe toujours des effets ou réactions indésirables. Malgré la prudence de leurs prescripteurs, il existe et existera toujours des risques pour leurs utilisateurs. « Ainsi, chaque médicament a ses risques et avantages, qui doivent être pesés et qui peuvent dépendre de nombreux facteurs, comme la ou les affections à traiter, l'existence d'autres problèmes de santé chez le patient, l'âge, le sexe, etc ... » (OMS,2004,p 65.)

Ces effets indésirables, nous allons le voir, sont très critiqués et entraînent un grand scepticisme au sein de la médecine allopathique. En effet, de nombreuses recherches ont démontré les effets parfois toxiques de ces médicaments pendant la grossesse, ce qui terrorise les femmes enceintes et les pousse à avoir recours à d'autres remèdes.

3.7.2 Toxicité des traitements allopathiques en obstétrique

Pendant de longues années, la barrière placentaire était connue comme étant protectrice, mais suite à de nombreux accidents survenus par la prise de certains traitements, elle est aujourd'hui appelée « zone d'échange » entre la mère et le fœtus. (Centre de référence sur les agents tératogènes [CRAT], 2012)

Les femmes enceintes appréhendent de plus en plus de prendre des médicaments pendant la grossesse, par peur de l'effet nocif que ceci pourrait avoir sur leur enfant. Cette crainte est d'autant plus importante depuis certains drames dus à des médicaments tels que le thalidomide®

Selon l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé [AFSSAPS], (2009) ce médicament a été prescrit à la fin des années 1950 jusqu'en 1962 aux femmes enceintes contre les nausées du matin. Très vite ce traitement s'est révélé nocif pour le fœtus, entraînant des malformations importantes au niveau des membres, mais également au niveau des organes internes. C'est pourquoi règne aujourd'hui un grand scepticisme à l'égard des médicaments donnés pendant la grossesse.

Cependant, les risques liés aux traitements prescrits aux femmes enceintes ne sont pas seulement dus à la molécule en elle-même mais à certaines attitudes face aux traitements. En effet il n'est pas rare de voir des femmes traitées chroniquement pour une maladie et qui arrêtent brutalement leur traitement, ou qui prennent des dosages moins importants pendant leur grossesse, ceci dans le but de faire courir moins de risque au fœtus. Ceci, bien au contraire, peut entraîner une décompensation importante, qui peut avoir de graves répercussions, non seulement sur le fœtus, mais également sur la mère. C'est donc pourquoi les traitements doivent être maniés avec précaution, car s'ils sont adaptés précisément à la grossesse peuvent être poursuivis sans risque. Ces décisions doivent être prises avec le médecin en fonction des antécédents et de l'état de la patiente, afin d'évaluer le bénéfice/ risque du traitement. (CRAT, 2012)

Afin d'évaluer les risques suite à l'exposition d'un traitement, la période d'exposition tient compte de la durée d'élimination de la molécule.

Selon le CRAT (2012), « Une patiente qui a arrêté le jour de la conception un médicament dont la demi-vie est d'une semaine, sera en réalité exposée au moins pendant le premier mois de sa grossesse. »

La tératogénécité des traitements pendant la grossesse diffère en fonction des différents trimestres. Tout d'abord, durant la période d'implantation qui dure les 12 premiers jours post-conceptionnels, il existe « la loi du tout ou rien ». Ceci signifie que soit l'embryon est atteint et meurt, soit il n'existe aucune effet sur ce dernier. Durant cette période, il est cependant dit que les échanges materno-fœtaux sont encore immatures, et donc que les risques d'un agent exogène sur le fœtus sont encore très faibles. (CRAT, 2012)

Ensuite, il existe la période embryonnaire (organogénèse) qui se déroule du 13^{ème} au 56^{ème} jour post-conceptionnels. C'est la période la plus délicate au cours de laquelle les risques d'atteinte morphologiques sont les plus importants. Durant cette période, ce sont tous les organes qui se mettent en place de façon linéaire. C'est pourquoi l'administration d'un médicament à risque ou agent tératogène avant que la mise en place de l'organe soit totalement réalisée, peut entraîner des malformations congénitales, par exemple, la non fermeture du tube neurale. Cependant, si le médicament est donné après que l'organe se soit mis en place, ceci n'entraîne aucun risque de développement. (CRAT, 2012)

Enfin, il existe la période fœtale qui débute après l'organogénèse. C'est durant cette dernière phase que les organes terminent leur croissance, leur maturation et différenciation jusqu'à la naissance. Durant cette période, notamment en fin de gestation, les effets des médicaments seront très semblables à ceux rencontrés chez l'adulte, tels que les effets secondaires ou indésirables, alors que les

malformations ne seront plus présentes. Cependant, si une femme enceinte continue un traitement classé comme étant à risque, jusqu'à l'accouchement, ceci sera difficile pour le nouveau-né d'éliminer ce médicaments car son organisme est encore immature et il est désormais indépendant. Ceci pourra donc entraîner un syndrome de sevrage, car le nouveau-né se retrouve privé de la molécule, ou alors ceci pourra entraîner des effets secondaires comme chez l'adulte. Le choix d'un traitement en fin de grossesse doit donc être évalué avec l'accord du médecin et du pédiatre (CRAT, 2012).

La prise de médicaments pendant la grossesse doit donc être très méticuleuse, pour minimiser au maximum les effets teratogènes sur le fœtus. Il existe aujourd'hui 2 à 3 % d'enfants ayant une malformation congénitale dont moins de 5 % lié aux médicaments. Le risque zéro n'existe donc pas, mais étant donné la complexité des effets toxiques sur le fœtus pendant la grossesse, les femmes enceintes, ainsi que le corps médical, restent très vigilants quant à l'utilisation de certains traitements. (CRAT, 2012)

La popularité de l'homéopathie est due donc en partie à une réaction contre la médecine allopathique. En effet, même si elle a permis de guérir de nombreuses maladies, et a très largement permis d'améliorer la santé, elle ne peut pas tout guérir, et beaucoup de ses traitements s'accompagnent d'effets secondaires, toxiques.

Pendant la période de maternité, la femme enceinte est particulièrement attentive à l'effet des médicaments sur son fœtus, c'est pourquoi elle aura plus facilement recours à des médecines douces, qui sont connues comme ayant la plupart du temps aucune effet toxique sur le fœtus. (Taillefer, 2009)

Mais est-ce réellement sans danger ? L'homéopathie peut-elle être utilisée à la place de traitements allopathiques pendant la grossesse ? Cette médecine est-elle sans risque pour le fœtus et pour la mère ?

3.7.3 Innocuité et homéopathie

La substance pharmacodynamique utilisée en médecine homéopathique est un médicament à part entière. Il présente des aptitudes à traiter l'individu souffrant, mais a également des effets non désirés par excès d'action ou non-respect de la prescription. Il peut donc entraîner des effets dangereux si les règles de prescription ne sont pas respectées et si la méthodologie n'est pas appliquée. (Atmadijan, 2005)

Les effets secondaires ou indésirables liés à l'homéopathie, comme nous l'avons mentionné précédemment, seraient principalement rencontrés en médecine pluraliste. En effet, ces homéopathes prescrivent plusieurs remèdes pour traiter les différents symptômes des patients sans tenir compte de

leurs interactions. De plus, pour traiter les symptômes, les médecins pluralistes utilisent des traitements à basse dilution ce qui augmente la dose médicinale et peut entraîner des effets toxiques.

En effet, selon Guy Loutan, homéopathe uniciste (2010):

La prescription sera en général en basse dilution dynamisation (4CH, 9CH..) de façon à ce que le remède ait au moins un effet organotrope, presque matériel puisque peu dynamisé et dilué. En effet plus la dilution est faible, plus on reste proche de la matière, donc d'un effet du type toxicologique des remèdes allopathiques. (p.37)

Il a été rapporté dans la littérature, plusieurs cas d'effets indésirables survenus après la prise d'un traitement homéopathique. En effet, Corleto et al. (2007) présentent un cas d'ulcère œsophagien chez une patiente de 35 ans après avoir eu recours à un traitement homéopathique pour un état anxieux. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est que les personnes ayant pris en charge cette femme, ont recherché pour chacune des substances homéopathiques du traitement prescrit, des données sur l'apparition d'éventuels ulcères œsophagien (Corleto et al., 2007). Ils n'ont rien découvert dans la littérature et ont donc conclu à l'impossibilité de prédire les effets d'une combinaison de plusieurs substances homéopathiques qui pourrait être la cause de cette pathologie. (Corleto et al., 2007).

Nous découvrons donc que même si l'homéopathie peut entraîner des effets indésirables, ceci n'est pas toujours démontré par faute de recherches approfondies, et ainsi la méfiance à l'égard de ces traitements n'existe pas.

Ceci est plus rare en homéopathie uniciste, car en utilisant un seul remède, les possibles effets secondaires retrouvés sont forcément liés à ce dernier. En effet, le médecin uniciste cherche le remède du patient et donne généralement des dilutions plus hautes (30 CH, M, XM et plus) de façon justement à éviter l'effet matériel du remède à dose pondérale. Cela permettrait d'affirmer avec une plus grande certitude que le médicament prescrit est le juste remède et que l'on ne se trouve pas en réalité face à l'effet toxique de la substance. (Loutan, 2010, p.37)

L'homéopathie même si elle n'est pas considérée comme étant une médecine à part entière, est inscrite à la pharmacopée française depuis 1965. Ses remèdes ont leur place dans le Vidal ²et sont agréés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé qui lui réservent une procédure d'autorisation de mise sur le marché spécifique. Cependant, contrairement aux autres médicaments, les remèdes homéopathiques ne font pas obligatoirement l'objet de tests sur les humains et d'essais cliniques avant d'être mise sur le marché. « Alors que tout médicament doit faire l'objet d'études

² Nous n'avons trouvé aucune donnée sur une éventuelle pharmacopée homéopathique en Suisse.

évaluant ses effets secondaires et son efficacité, l'homéopathie échappe à toute démonstration scientifique. »(Masselot-Guir, 2005, p.39)

Selon Giroud (2005), professeur de pharmacologie clinique, ceci s'explique par le fait que ces traitements sont personnalisés pour chaque patient, ils ne peuvent donc faire l'objet d'essais cliniques. Contrairement à la médecine classique, l'homéopathie ne bénéficie pas de pharmacovigilance. Il est donc impossible aujourd'hui de déterminer quels sont les effets indésirables ou secondaires de chacun des remèdes sur le long terme. De plus, l'absence d'essais cliniques effectués n'est pas mentionnée sur la notice de ces remèdes, ce qui peut devenir un réel problème au sein de la société. En effet, sans effets secondaires mentionnés, la population peut croire à une totale innocuité de ces remèdes, qui ne sont en réalité pas contrôlés. « On indique en notice traditionnellement utilisé dans tel type d'affection sans préciser « en l'absence d'une démonstration d'efficacité en clinique ». » (Giroud, 2005, p.39)

Là, encore, le positionnement éthique est difficile, et l'intérêt de s'intéresser à ces deux thématiques, l'efficacité et l'innocuité de l'homéopathie, dans le cadre de l'obstétrique prend selon nous tout son sens. En effet, au vue du nombre important de femmes ayant recours à l'homéopathie pendant la grossesse, il est important pour les sages-femmes de pouvoir les conseiller au mieux.

Quelle place occupe les sages-femmes au sein de l'homéopathie, leur formation leur permet-elle de conseiller leurs patientes ?

3.8. Homéopathie et pratique sage-femme

3.8.1 Dans le monde

Depuis de nombreuses années, il existe l'association Homéopathes Autour du Monde dans plusieurs pays. Ses membres traversent les pays du monde pour apporter des soins en homéopathie mais également pour former les médecins, sages-femmes ou infirmières.

Il existe le groupe homéopathe sans frontière en Allemagne, en France, en Suisse, en Hollande à Madagascar et en Arménie. (Homéopaths Worlds Wide, 2012)

Homéopathes sans frontière –France est présente au Bénin et au Burkina Faso pour assurer un enseignement de l'homéopathie, et des consultations thérapeutiques et didactiques. (Homéopaths Worlds Wide, 2012)

Homéopathes sans frontière-Hollande a formé des médecins, sages-femmes, infirmières surtout dans les pays qui n'avaient pas ou très peu accès aux soins. Ils ont déjà formé de nombreux étudiants en homéopathie, qualifiés pour soigner réellement des personnes dans les dispensaires et les camps de réfugiés. (Homéopaths Worlds Wide, 2012)

Homéopathes sans frontière-Allemagne, ont une équipe d'enseignement homéopathique bien expérimentée, qui peut s'adapter aux besoins de tous les pays d'accueil dans lesquels ils travaillent. Ils ont déjà formé plus de 180 étudiants, sages-femmes, infirmiers, et médecins à travers le monde. . (Homéopaths Worlds Wide, 2012)

Homéopathes sans frontière-Suisse, se consacre à traiter la population en Gambie et en Arménie, ainsi qu'à former des personnes locales ayant une formation paramédicale, pour devenir des homéopathes professionnels. Ils visent également à offrir un traitement homéopathique, bon marché pour les personnes démunies en Suisse qui ne peuvent pas se permettre une assurance maladie couvrant les médecines alternatives. . (Homéopaths Worlds Wide, 2012)

Lors de leurs missions, leurs buts principaux sont humanitaires mais également et surtout la formation en homéopathie de médecins et sages-femmes. (HSF, 2012)

3.8.2 En Suisse

- **Droits de prescription**

En Suisse, deux textes juridiques déterminent le cadre l'égal de l'utilisation, la remise et la prescription des médicaments. Ces deux documents sont : la Loi fédérale sur les produits thérapeutiques du 15 décembre 2000 (LPTh) et l'ordonnance sur les médicaments du 17 octobre 2001 (OMed).

L'ordonnance sur les médicaments du 17 octobre 2001 établit cinq catégories. (Art. 23 à 27 de l'OMed ; RS 812.212.21). La catégorie A contient tous les médicaments qui ne peuvent être délivrés que sur ordonnance médicale ou vétérinaire non renouvelable. (Art. 23 de l'OMed ; RS 812.212.21). La catégorie B inclut les substances remises sur ordonnance médicale ou vétérinaire renouvelable. (Art. 24 de l'OMed ; RS : 812.212.21). Les produits de la liste C sont distribués sur recommandations d'une personne exerçant une profession médicale, sans ordonnance médicale ou vétérinaire. (Art. 25 de l'OMed ; RS 812.212.21). La liste D comprend les médicaments devant être remis avec un conseil spécialisé, sans ordonnance médicale ou vétérinaire. (Art. 26 de l'OMed ; RS 812.212.21). Et pour terminer, les produits figurant sur la liste E sont en vente libre et ne nécessitent ni ordonnance médicale ou vétérinaire, ni conseil spécialisé.(Art. 27 de l'OMed ; RS 812.212.21).

En Suisse, seuls les médecins et les chiropraticiens ont le droit de prescrire des médicaments. (Art.25 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994). Néanmoins, en fonction du canton d'exercice, les sages-femmes peuvent être titulaires d'un droit de prescription limité. (Güttinger, 2009, p. 19). C'est le cas, notamment pour les cantons de Fribourg et de Genève. (Güttinger, 2009, p.19).

Pour le canton de Genève, la liste des médicaments que les sages-femmes ont le droit de prescrire et d'utiliser dans le cadre de leur profession est régit par la directive concernant les médicaments pouvant être utilisés et prescrits par les sages-femmes du 13 mai 2008.

Les médicaments homéopathiques, comme les autres médicaments issus des médecines complémentaires ne sont pas soumis à une prescription médicale ou vétérinaire, mais doivent être remis par une personne titulaire d'un diplôme fédérale en médecine complémentaire. (Art. 25a³⁶ de l'OMed ; RS 812.212.21).

- **Formation**

En Suisse, il est possible pour les sages-femmes de se former en homéopathie. En Suisse Romande, la seule formation reconnue a lieu à l'Ecole Suisse Romande d'Homéopathie. (Centre Romand d'Homéopathie [CRH], 2012). Jusqu'au début de l'année 2012, seules les personnes titulaires d'un diplôme de médecine, effectuant cette formation en homéopathie, pouvaient voir leurs prestations remboursées par les assurances complémentaires. (CRH, 2012). Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'homéopathie ainsi que quatre autres médecines alternatives sont remboursées par la LAMal. Par conséquent, les prescriptions sages-femmes en homéopathie devraient être remboursées par les assurances maladies.

Nous découvrons donc qu'à travers le monde et plus particulièrement en Suisse, les sages-femmes prennent peu à peu leur place au sein de l'homéopathie. Elles peuvent, sous certaines conditions, prescrire ces remèdes à leur patientes après avoir suivi une formation qui leur est spécifique. Cependant, au vu du nombre infime d'études cliniques démontrant l'efficacité et l'innocuité de l'homéopathie en obstétrique, il nous semblait intéressant d'approfondir ce sujet pour apporter aux sages-femmes des preuves leur permettant de conseiller leurs patientes, si possible, avec certitude et sans retenue.

3.9 Question de recherche du projet, limites du questionnement

Aujourd'hui nous savons que l'homéopathie est une des médecines alternatives les plus utilisée par les femmes enceintes durant la grossesse pour soigner les différents maux habituels (Bishop et al., 2011). « L'homéopathie guérit tout ce qui concerne la grossesse physiologique (nausées, constipation, fringales, crampes, troubles urinaires) » (Sureaud, 2005,p.39). Durant le travail, elle soulage les douleurs des contractions, les spasmes du col, régulariserait ou accélérerait le travail d'une parturiente, agirait sur la qualité des tissus et surtout réduit de 40% la durée d'un accouchement. Durant la période de post-partum, elle favorise la cicatrisation et intervient contre la dépression du post-partum. Lors de

l'allaitement elle atténue la douleur et la sensibilité des mamelons, empêche les crevasses, améliore ou bloque la montée laiteuse (Sureaud, 2005).

Nous découvrons donc que l'utilisation de l'homéopathie se fait durant toute la période de périnatalité, c'est pourquoi nous avons décidé de garder un champ large pour notre problématique. Cependant, certaines sages-femmes avouent qu'elles n'utiliseraient pas l'homéopathie pour traiter des pathologies plus graves. « Pour une infection pendant la grossesse je ne me lancerais jamais seule en homéopathie » (Sureaud, 2005, p.39). Elle ne serait également pas efficace et non utilisée pour ces pathologies. « Elle n'a effectivement pas sa place dans l'hémorragie de la délivrance ou pour une grossesse à risque. » (Rouhier, 2005, p.39).

Mais n'est-ce pas par manque de preuves de son efficacité et de sécurité que l'homéopathie n'est pas utilisée pour ces maladies ?

Notre but est donc de trouver une réponse à la problématique complexe de l'efficacité et de l'innocuité de l'homéopathie afin d'enrichir les protocoles utilisés actuellement en maternité, et ainsi pouvoir guider et conseiller les femmes au mieux dans leur utilisation durant la période de périnatalité.

Beaucoup de questions se posent quant à l'efficacité réelle de l'homéopathie dans le domaine de l'obstétrique et à la place qu'elle devrait occuper.

Cette médecine complémentaire a-t-elle de réels effets ou n'est-elle utilisée finalement qu'en tant que placebo ?

L'homéopathie peut-elle être utilisée sans risques par les femmes et leurs bébés durant leur grossesse, leur accouchement ou la période de post-partum ?

Les sages-femmes peuvent-elles aujourd'hui être certaines du bien-fondé de leurs conseils en homéopathie auprès de leurs patientes ?

A ce stade de la réflexion notre questionnement sera donc :

Quelle est l'efficacité et l'innocuité de l'utilisation de l'homéopathie en période périnatale ?

4. METHODOLOGIE

4.1 Processus de recherche générale

Afin de réaliser nos recherches et ainsi, les rendre les plus enrichissantes possibles, nous avons sélectionné plusieurs bases de données : CINAHL, Pubmed ainsi que MIDIRS. Elles nous semblaient être les plus fiables et les plus adaptées à notre sujet de recherche : l'homéopathie en obstétrique.

Ces dernières utilisant spécifiquement des termes anglais, nous avons choisi le traducteur thesaurus MeSH (Medical Subject Heading) pour pouvoir traduire au mieux nos combinaisons de mots français en anglais.

Après avoir défini notre problématique, nous avons choisi de limiter et cibler nos résultats par plusieurs critères de sélection que voici :

4.1.1 Critères de sélections

A. Critères d'inclusion :

- Essais cliniques randomisés en double aveugle, dont le but est d'obtenir des informations sur l'efficacité et l'innocuité de cette médecine.
- Les études ayant pour objet une population de femmes en période périnatale.
- Evaluation de l'efficacité et de l'innocuité de l'homéopathie en période périnatale.

B. Critères d'exclusion :

- Les articles testant l'efficacité et la sécurité de l'homéopathie sur une population animale.
- Les études portant sur les médecines complémentaires en générale.
- La littérature ayant été rédigée dans une langue autre que l'anglais, le français ou l'allemand.
- Les articles faisant état de diverses utilisations de l'homéopathie dans la période périnatale mais sans apporter de résultats en termes d'efficacité et d'innocuité.
- Les articles traitant de néonatalogie, de pédiatrie ou de gynécologie.
- Les études dont le sujet principal portait sur l'avis des professionnels, sages-femmes et obstétricien en matière d'homéopathie. (utilisées pour la réalisation de notre cadre théorique)

4.2. Processus de sélection des articles

Nous avons débuté par une recherche générale sur l'homéopathie et l'obstétrique. Pour ce faire, nous avons utilisé les expressions suivantes : sages-femmes et homéopathie (midwives and homeopathy), pratique sages-femmes et homeopathy (midwives practice ou midwifery and homeopathy). Comme l'indique le tableau ci-dessous, nous avons obtenu de nombreux résultats mais aucun ne correspondait à nos critères d'inclusion cités précédemment.

Mots clés	CINAHL	Medline	MIDIRS
Midwives and homeopathy	19, 0 sélectionné	49, 0 sélectionné	54, 0 sélectionné
Midwives practice and homeopathy	7, 0 sélectionné	2, 0 sélectionné	0
Midwifery and homeopathy	32, 0 sélectionné	36, 0 sélectionné	83, 0 sélectionné

Nous avons donc ensuite choisi de catégoriser nos recherches par période obstétricale : le prénatal, l'accouchement et le post-partum.

Concernant le prénatal, nous avons procédé tout d'abord par une recherche générale, en utilisant les expressions suivantes : soins prénataux et homéopathie (prenatal care and homeopathy), grossesse et homéopathie (pregnancy and homeopathy).

Ceci ne nous a apporté aucun résultat satisfaisant, c'est pourquoi nous nous sommes focalisés par la suite sur les maux courants retrouvés pendant la grossesse tels que : nausées (nausea), vomissements (vomiting), hémorroïdes (hemorrhoids) et œdèmes (oedema) tous combinés avec l'homéopathie. Là encore nous avons obtenu de nombreux résultats, mais ne correspondant pas à nos critères de sélection.

Nous avons poursuivi nos recherches par la période de l'accouchement, en utilisant les combinaisons de mots suivantes : travail et homéopathie (labour and homeopathy), induction du travail et homéopathie (labour induction and homeopathy), maturation cervicale et homéopathie (cervical ripening and labour), contraction utérine et homéopathie (uterine contraction and labour).

Voici les résultats que nous avons obtenus en fonction des bases de données utilisées :

Mots clés	CINAHL	Medline	MIDIRS
Labour and homeopathy	7 dont 1 revue de la littérature	168 dont 0 sélectionné	92 dont 0 sélectionné
Labour induction and homeopathy	2 dont 0 sélectionné	9 dont 0 sélectionné	6 dont 0 sélectionné
Cervical ripening and homeopathy	1 revue de la littérature.	1 revue de la littérature	6 dont 0 sélectionné
Uterine contraction	10 dont 0 sélectionnée	1 mais pas disponible	0

L'article sélectionné lors de cette recherche est le suivant :

- **EID P. , FELISI E. et SIDERI M. (1993). *Applicability of homeopathic Caulophyllum thalictroides during labour*. British Homoeopathic Journal. 83, 245-248.**

A ce stade de nos recherches très générales et malheureusement peu fructueuses nous avons choisi de nous pencher plus spécifiquement sur des substances homéopathiques précises, dont une, plus particulièrement retrouvée dans de nombreux abstracts d'études non sélectionnées : le caulophyllum. Nous avons donc utilisé les combinaisons de mots suivantes : caulophyllum et induction du travail (caulophyllum and labour induction), caulophyllum et contraction utérine (caulophyllum and uterine contraction), caulophyllum et atonie utérine (caulophyllum and uterine inertia)

Mots clés	CINAHL	Medline	MIDIRS
Caulophyllum and labour induction	1 revue de la littérature.	6 dont 0 retenu	12 dont 1 retenu et mentionné ci-dessous
Caulophyllum and uterine contraction	0	1 retenue et mentionné ci-dessous	0
Caulophyllum and uterine inertia	0	0	0

Les deux études sélectionnées lors de cette recherche sont :

- **BEER A-M. et HEILLIGER F. (1999).** *Caulophyllum D4 zur Geburtsinduktion bei vorzeitigem Blasensprung-eine Doppelblindstudie.* *Geburtsh Frauenheilk.* **59**, 431-435.
- **VENTOSKOVSKIY B.M. et POPOV A. V. (1990).** *Homoeopathy as practical alternative to traditional obstetric methods.* *British Homoeopathic Journal.* **79**, 201-205.

Les abstracts de ces deux études semblaient réellement répondre à notre question de recherche en reprenant tout à fait les thèmes d'efficacité et d'innocuité de l'homéopathie en obstétrique. Cependant elles n'étaient pas disponibles depuis la bibliothèque de l'école. Nous les avons donc à l'extérieur.

Pour terminer notre recherche, nous nous sommes penchées sur la période du post-partum en utilisant les combinaisons de mots suivantes: post-partum et homéopathie (postpartum and homeopathy). Ceci nous a permis d'obtenir les résultats suivants :

	CINAHL	Medline	MIDIRS
Postpartum and homeopathy	0	14 dont 2 retenus	9 dont 1 retenue, déjà trouvée dans PubMed

Les articles trouvés sont :

- **OBERBAUM M. et al. (2005).** *The effect of homeopathic remedies Arnica montana and Bellis perennis on mild postpartum bleeding- A randomized, double-blind, placebo-controlled-study- Preliminary results.* *Complementary Therapies in Medicine.* **13**, 87-90.
- **BERREBI A. et al. (2001).** *Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immediate.* *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie Reproductive.* **30**, 353-357.

Pour pouvoir affiner nos recherches, nous avons regardé dans les différentes bibliographies de nos études choisies, afin de pouvoir découvrir des revues spécifiques ou les références d'autres études portant sur le sujet, ce qui n'a malheureusement pas porté ses fruits.

4.3 Limites, contraintes et difficultés rencontrées

Nous avons rencontré beaucoup de difficultés à obtenir des études ciblées sur notre sujet. En effet, d'une part, beaucoup d'études sur l'homéopathie portent sur son utilisation par la population générale ou celles des sages-femmes, mais sans en apporter la preuve d'une quelconque efficacité ou innocuité.

D'autre part, nous avons trouvé de nombreuses études sur des problématiques obstétricales, comme la mastite, mais la population étudiée était animale.

D'autres étudiaient les médecines complémentaires en général, mais pas l'homéopathie précisément.

De nombreuses études mentionnées dans les bases de données sont très anciennes, datant pour la plupart des années 90 et sont de ce fait, difficiles d'accès.

Certains articles comme nous l'avons mentionné précédemment n'étaient pas accessibles depuis les bases de données de l'école. Nous les avons donc commandées ailleurs, ce qui nous a parfois freinées dans notre recherche.

Nous n'avons pas rencontré de limites liées à la langue, puisque les études étaient en allemand, français ou anglais ; les trois langues appartenant à nos critères d'inclusion.

Malgré les nombreuses difficultés rencontrées, nos recherches nous ont tout de même permis d'obtenir cinq études portant sur notre sujet. Trois d'entre elles sont effectuées pendant le travail de l'accouchement et deux autres pendant le post-partum.

Nous allons désormais, dans notre prochaine partie, tenter de les analyser et ainsi découvrir si elles permettent de répondre à notre question de recherche.

5. ANALYSE

Nous allons désormais présenter, analyser et critiquer les résultats obtenus dans les différentes études que nous avons sélectionnées précédemment.

5.1 Présentation des études.

Référence de l'étude	Population	Traitement homéopathique	Objectifs	Principaux résultats
<p>Beer A.-M. & Heiliger F. (1999).</p> <p>Caulophyllum D4 zur Geburtsinduktion bei vorzeitigem Blasensprung-eine Doppelblindestudie.</p> <p><i>Geburtshilfe und Frauenheilkunde</i>, 59, 431-435.</p> <p>Essai clinique randomisé en double-aveugle, avec groupe placebo.</p>	<p>40 femmes entre 38 et 42 SA.</p> <p>RPM sans CU.</p> <p>Dilatation <3cm.</p>	<p>Caulophyllum D4.</p>	<p>Evaluer l'efficacité et l'innocuité du caulophyllum D4 pour maturer le col utérin et déclencher les CU.</p>	<p>Temps écoulé entre le 1er comprimé et le début des CU régulières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13h groupe homéopathie. • 13.4 heures groupe placebo. <p>Pas de données sur l'innocuité pour la mère.</p> <p>Innocuité pour le fœtus:</p> <p>Pas de différences observées au niveau de l'Apgar et des pH ombilicaux entre les 2 groupes: homéopathie et placebo.</p>

<p>Ventoskovskiy B. M. & Popov A. V. (1990)</p> <p>.</p> <p>Homoeopathy as practical alternative to traditional obstetric methods. British Homeopathic Journal, 79, 201-205.</p> <p>Etude quantitative.</p> <p>Essai clinique randomise en double-aveugle.</p>	<p>206 femmes à risques de perturbations de la contractilité utérine.</p>	<p>Pulsatilla nigr 1M</p> <p>Secale corn 50c</p> <p>Caulophyllum thalict. 50c</p> <p>Actea rac 200c</p>	<p>Démontrer l'efficacité de ces traitements homéopathiques pour prévenir les perturbations de la contractilité utérine, en comparaison avec un traitement prophylactique utilisé habituellement et en comparaison avec l'absence de traitement prophylactique.</p>	<p>Diminution de la fréquence des faux-travail dans le groupe homéopathie ($P < 0.05$).</p> <p>Pas de différences statistiquement significatives pour la durée du travail chez les nullipares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homéopathie: 14h11 +/- 2h32. • Traitement traditionnel: 14h33 +/- 4h40 <p>Innocuité chez la mère :</p> <p>Mesure des pertes sanguines et des cas d'hémorragies post-partum .Pas d'effets secondaires retrouvés.</p> <p>Innocuité chez le fœtus :</p> <p>Pas de différences du score d'Apgar à 1minute de vie entre les 2 groupes.</p>
---	---	---	---	---

<p>Eid P., Felisi E. & Sideri M. (1993).</p> <p>Applicability of homoeopathic <i>Caulophyllum thalictroides</i> during labour. <i>British Homoeopathic Journal</i>, 82, 245-248.</p> <p>Etude quantitative.</p> <p>Essai clinique randomise avec groupe contrôle-</p>	<p>17 femmes en travail normal et spontané.</p> <p>34 femmes dans le groupe contrôle.</p>	<p><i>Caulophyllum thalictroides</i></p>	<p>Evaluer l'efficacité et l'innocuité de ce traitement lors d'anomalies des CU ou de stagnation de la dilatation.</p>	<p>Diminution de la durée du travail de 90 minutes pour le groupe homéopathie, comparé au groupe contrôle ($P<0.05$).</p> <p>Innocuité chez la mère :</p> <p>Pas de vomissements ou de perturbations des signes vitaux observés dans le groupe homéopathie.</p> <p>Pas de cas d'atonie utérine et pertes de sang dans les normes dans le groupe homéopathie.</p> <p>Innocuité chez le fœtus :</p> <p>Evaluation du score d'Apgar à la naissance : pas de différence entre les deux groupes.</p>
--	---	--	--	---

<p>Oberbaum M., Gayolan N., Lerner-Geva L., Singer S. R., Grisaru S. & Samueloff A. (2005).</p> <p>The effect of the homeopathic remedies Arnica Montana and Bellis perennis on mild postpartum bleeding-A randomized, double-blind, placebo-controlled study. <i>Complementary Therapies in Medicine</i>, 13, 87-90.</p> <p>Etude quantitative.</p> <p>Essai clinique randomise en double-aveugle, avec groupe placebo.</p>	<p>40 femmes, 20-35 ans.</p> <p>AVB entre 37 et 43 SA.</p> <p>Entre 1 et 4 grossesses.</p>	<p>Arnica montana</p> <p>Bellis perennis</p>	<p>Evaluer l'efficacité et l'innocuité d'un traitement homéopathique pour prévenir les hémorragies du post-partum</p>	<p>Hémoglobine à 48 heures post-partum:</p> <p>-12.5 gr/L dans le groupe traité .</p> <p>-11.4gr/L pour le placebo.</p> <p>Hémoglobine à 72 heures post-partum:</p> <p>-12.4gr/L pour le groupe traité .</p> <p>-11.6gr/L dans le groupe placebo.</p> <p>Pas d'effets secondaires observés chez la mère.</p> <p>Les effets secondaires chez le fœtus n'ont pas été évalués.</p>
---	--	--	---	---

<p>Berrebi A., Parant O., Ferval F., Thene M., Ayoubi J-M., Connan L., Belon P. (2001).</p> <p>Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. <i>Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction</i>, 30, 353-357.</p> <p>Etude quantitative.</p> <p>Essai clinique randomisé en double-aveugle avec groupe placebo.</p>	<p>71 femmes ne désirant pas allaiter.</p>	<p>Apis mellifica 9CH</p> <p>Bryonia 9CH</p>	<p>Evaluer l'efficacité d'un traitement homéopathique pour traiter la douleur de la montée laiteuse non désirée.</p>	<p>Douleur mammaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> J2: EVA cumulée à 26 dans le groupe placebo et à 3 dans le groupe homéopathie. (P<0.02). J4: EVA cumulée à 129 dans le groupe placebo et à 67 dans le groupe homéopathie (P<0.005). <p>Tension mammaire et écoulement de lait :</p> <ul style="list-style-type: none"> J4: plus faible dans le groupe homéopathie (P<0.005). <p>Pas de notions d'éventuels effets secondaires chez la mère et le fœtus.</p>
---	--	--	--	---

5.2 Présentation des principaux résultats

5.2.1 Efficacité des traitements homéopathiques sur la contractilité utérine

Nous avons sélectionné et regroupé trois études dont le thème principal est la contractilité utérine.

Chacune d'entre elles utilise et analyse la substance homéopathique, le caulophyllum, associé ou non avec d'autres composés, comme nous le retrouvons dans l'étude de Ventoskovskiy & Popov (1990).

Nous découvrons que ce remède peut être utilisé pour diverses raisons. Tout d'abord en tant que traitement préventif pendant la grossesse, le caulophyllum associé à d'autres remèdes semble diminuer la fréquence des faux-travail (Ventoskovskiy & Popov, 1990). Il peut également être utilisé en cours de travail, et diminue la durée de ce dernier de 90 minutes. (Eid et al., 1993). Cependant, le caulophyllum semble inutile en tant qu'agent maturatif du col et comme déclencheur du travail. (Beer & Heiliger, 1999).

5.2.2 Innocuité des traitements homéopathiques sur la contractilité utérine

Pour ce thème nous allons analyser les trois mêmes études que précédemment.

Comme énoncé dans le cadre théorique, la notion d'innocuité en obstétrique est assimilée non seulement à la mère mais également au fœtus. Ceci pendant la période prénatale, lors de la phase de travail, mais également pendant le post-partum en cas d'allaitement maternel.

Chez le fœtus :

Les possibles effets secondaires retrouvés chez le fœtus ont été plus ou moins analysés au sein de ces trois études.

Tout d'abord, l'étude de Beer & Heiliger (1999) a comparé les scores d'Apgar, ainsi que les pH ombilicaux à la naissance, sans trouver de différences entre le groupe placebo et le groupe homéopathie; cela semble indiquer, selon les auteurs, que le caulophyllum n'a pas d'effets néfastes sur le fœtus.

Eid et al. (1993) concluent que le caulophyllum ne semble pas produire d'effets indésirables sur le fœtus. Les auteurs mentionnent l'absence de modifications des paramètres fœtaux, sans préciser quels sont ces paramètres.

Au sein de l'étude de Ventoskovskiy & Popov (1990) le score d'Apgar évalué à 1 minute de vie est également utilisé pour mesurer la vitalité foetale, et il n'y a pas de différences entre les groupes étudiés.

Chez la mère :

L'innocuité a été observée chez la mère au sein de deux de ces trois études.

L'étude de Beer & Heiliger (1999) n'a pas analysé et observé les possibles effets secondaires de ce traitement homéopathique chez les patientes.

Ventoskovskiy & Popov (1990) analysent les possibles effets secondaires en mesurant les pertes sanguines et ainsi les cas d'hémorragie du post-partum. Selon ces critères d'évaluation, ces auteurs n'évoquent donc aucun effet secondaire retrouvé.

Eid et al. (1993) est beaucoup plus précis dans ses critères d'analyse d'effets secondaires. Il mentionne que les femmes traitées par homéopathie n'ont pas eu de vomissements, ni de modifications de leurs paramètres vitaux. Il n'y a pas eu non plus de cas d'atonie utérine, et les pertes sanguines sont également restées dans la norme, au sein du groupe homéopathique. Selon ces auteurs, le *caulophyllum* n'a donc entraîné aucun effet secondaire chez les femmes enceintes.

En conclusion, les différents remèdes utilisés au sein de ces études ne semblent pas induire d'effets indésirables chez le fœtus ou chez la mère, mais nous parlerons plus loin des biais et limites des études qui nous amènent à considérer avec précaution ces résultats.

5.2.3 Efficacité des traitements homéopathiques pour la période du post-partum

Deux autres de nos études ont été effectuées pendant la période du post-partum. Cependant, il n'a pas été possible de faire une synthèse de ces résultats, puisque les études sélectionnées traitent de deux thématiques différentes: la douleur de la montée laiteuse non désirée et l'hémorragie post-partum. Nous allons donc les présenter séparément.

L'étude de Berrebi et al. (2001) analyse l'efficacité d'*Apis mellifica* 9CH et *Bryonia* 9CH, pour traiter la douleur de la montée laiteuse non désirée dans le post-partum immédiat. Elle conclue à une différence significative en matière de douleur mammaire, en faveur de l'homéopathie, dès J2 et persistant à J4. Les conclusions ont été identiques concernant la tension mammaire et l'écoulement spontané de lait, mais pas avant J4.

L'étude d'Oberbaum et al. (2005) semble démontrer l'effet de l'homéopathie sur la diminution des risques d'hémorragies dans le post-partum. En effet, le groupe homéopathie présente des taux d'hémoglobine significativement plus élevés que dans le groupe placebo à 48 heures et à 72 heures post-partum. Les résultats sont donc selon les auteurs statistiquement significatifs.

En conclusion, l'homéopathie semble représenter un bénéfice pour diminuer la douleur de la montée laiteuse dans le post-partum immédiat, ainsi que pour diminuer le risque d'hémorragie post-partum. Cependant, les biais et limites des études exposées plus loin, permettront de considérer avec précaution ces résultats.

5.2.4 Innocuité des traitements homéopathiques dans le post-partum.

Chez la mère :

Au sein de l'étude Berrebi et al. (2001), l'innocuité des remèdes homéopathiques n'a pas été analysée pour les femmes, du moins aucune mesure ou résultat sur ce sujet n'est mentionné. Quant à l'étude de Oberbaum et al, (2005) seule l'absence d'effets secondaires chez les femmes est exposée sans faire mention de critère d'analyse ou de mesure.

Chez le fœtus :

Ces deux études n'ont pas analysé l'innocuité des remèdes homéopathiques chez le fœtus.

En conclusion, étant donné le manque de résultats sur ce sujet, nous ne pouvons certifier l'innocuité de ces traitements en post-partum. Les biais et limites de ces études seront exposés dans la partie analyse critique de ce travail.

5.3 Analyse critique des résultats de la revue de la littérature

Afin de rendre l'analyse critique de ces résultats la plus compréhensible et la plus claire possible, nous allons procéder à la critique par thématique.

5.3.1 Limites et biais liés à l'utilisation d'un groupe placebo

Quatre des cinq études ont recours à un groupe placebo pour mesurer l'efficacité du traitement homéopathique. Certes, la comparaison avec ce groupe permet bel et bien de mesurer l'efficacité d'une thérapeutique, mais cela ne permet en aucun cas de savoir si cette autre alternative médicamenteuse présente un réel avantage par rapport au traitement habituellement utilisé.

C'est le cas notamment pour l'étude portant sur la douleur de la montée laiteuse non désirée. Les auteurs, dans leur argumentaire, mentionnent les nombreux effets secondaires que présente le Parlodel®, équivalent français du Dostinex® et l'importance de trouver une alternative à ce traitement, sans pour autant effectuer une étude comparant le dit Parlodel® avec le traitement homéopathique dont ils proposent de vérifier l'efficacité. (Berrebi et al., 2001).

C'est également le cas pour l'étude portant sur l'hémorragie du post-partum. Les auteurs mentionnent les nombreux inconvénients de l'ocytocine synthétique dans le traitement de l'hémorragie du post-partum, sans comparer l'efficacité de cette dernière avec le traitement homéopathique qu'ils présentent. (Oberbaum et al, 2005).

Les mêmes observations sont également valables pour l'étude de Beer & Heiliger,(1999), ainsi que pour l'étude de Eid et al, (1990).

Par conséquent, ces deux exemples illustrent bien la difficulté d'amener un changement de pratique, en remplaçant des traitements habituellement utilisés en obstétrique par des alternatives homéopathiques, puisque qu'il n'existe aucun point de comparaison entre les deux.

5.3.2 Limites et biais liés à l'échantillon

Les cinq études ont des critères d'inclusion stricte et la taille de l'échantillon est petite. Cela permet d'avoir des populations homogènes, et de pouvoir amener des conclusions concernant un groupe précis de population. Ainsi, il est possible de prédire les réactions de cette catégorie de population face au traitement analysé. Néanmoins, cela ne permet pas d'étendre ces résultats à toute la population. Cela est dommageable, puisque la maternité touche une très grande majorité des femmes qui n'ont évidemment pas toutes les mêmes antécédents ou les mêmes histoires de vie.

De plus, toutes ces études ont été réalisées en Europe et seule la population européenne a été analysée. Ceci représente un biais, car comme nous l'avons expliqué dans le cadre théorique, l'homéopathie est un phénomène majoritairement européen. L'histoire et la philosophie de cette médecine n'est donc pas étrangère à la population européenne, contrairement à d'autres peuples. La croyance ou non en l'homéopathie, comme pour tout autre médecine, peut jouer un rôle important dans son efficacité. Il est donc possible qu'en fonction des diverses croyances populaires, les résultats soient différents dans une population de culture très différente de la culture européenne. Cela a également un lien avec la vision de la santé que les individus adoptent. Les effets de l'homéopathie sur une personne pro-allopathique seront certainement différents que sur une personne utilisant depuis des années ces remèdes, et étant certaine de ses effets bénéfiques. Ce biais peut cependant être estompé par l'étude en double aveugle.

5.3.3 Limites et biais liés à la méthodologie

Sous le thème, méthodologie, nous regroupons plusieurs éléments, tels que la sévérité des critères d'inclusion ou d'exclusion ; le manque d'information sur le choix de telles substances homéopathiques ou les indicateurs utilisés pour mesurer l'efficacité et l'innocuité du traitement testé.

Date de publication des études

Trois des études sélectionnées sont très anciennes. Beer & Heiliger fut publiée en 1999, Eid et al en 1993 et Ventoskovskiy & Popov en 1990. Ces résultats pourraient être considérés comme étant obsolètes et donc peu représentatifs de l'état actuel de la santé et de la recherche homéopathique. Cependant, comme nous l'avons énoncé dans la méthodologie, les nombreuses recherches que nous avons effectuées ont été très peu fructueuses, ce qui nous a donc poussé à sélectionner des études datant des années nonante. Ceci peut donc signifier que très peu d'études sur le sujet ont été effectuées ou publiées récemment, ce qui nous oblige à considérer les données et résultats de ces trois études comme étant toujours d'actualité.

Sévérité des critères d'exclusion ou d'inclusion.

Beer & Heiliger (1999) s'intéressent à l'utilisation du *Caulophyllum* pour déclencher le travail après une rupture prématurée des membranes à terme, sans contractions utérines. Le fait d'avoir choisi d'évaluer ce traitement uniquement en cas de rupture prématurée des membranes représente un biais, car cela ne permet pas de généraliser ces résultats pour toute autre situation obstétricale nécessitant un déclenchement de l'accouchement. De plus, les auteurs ne mentionnent pas les raisons qui les ont poussées à restreindre leur évaluation sur ces critères spécifiques.

L'étude d'Oberbaum et al. de 2005 portant sur la prévention de l'hémorragie du post-partum présente des critères d'exclusion très stricts. En effet, le protocole d'étude exclue toutes les femmes ayant un antécédent de césarienne, d'hémorragie prénatale ou du post-partum, ainsi que toutes les patientes atteintes de coagulopathie (Oberbaum et al., 2005). La sévérité de ces critères d'exclusion permet de s'assurer de l'efficacité et de l'innocuité de ce traitement pour une population donnée, ce qui n'est pas négligeable. Toutefois, cela ne permet pas d'étendre les résultats à toutes les populations, et notamment pour les femmes à risque, ce qui serait nous semble-t-il bien plus pertinent et intéressant. En effet, les femmes ayant des antécédents d'hémorragie sont bien plus à risque de récurrence et seraient donc la population cible pour tester l'efficacité d'un tel traitement.

Par conséquent, nous avons au sein de deux des études sélectionnées des données qui permettent des changements de pratique restreint à une population type. De plus, aucune argumentation n'est présente dans l'étude pour démontrer l'intérêt de cette sélection très stricte.

Absence d'argumentation quant au choix du traitement.

Trois de nos études, Oberbaum et al. (2005), Berrebi et al. (2001) ainsi que Ventoskovskiy & Popov (1990), ne mentionnent pas les raisons d'utilisation du traitement homéopathique sélectionné. Nous ignorons quelles sont les vertus habituellement retrouvées pour ces remèdes qui les auraient poussées à les utiliser et à les associer à d'autres traitements. Nous ne pouvons donc pas certifier que ces

substances n'aient pas été choisies au hasard sans avoir tenu compte des caractéristiques des populations étudiées.

De plus, les dilutions des remèdes utilisés ne sont pas toujours exposées et expliquées comme nous le retrouvons au sein de deux de nos études. (Beer & Heiliger, 1999 ; Eid et al., 1993).

Oberbaum et al. (2005) mentionnent le type de dilution utilisé, mais le groupe homéopathie est divisé en deux, et chacun des sous-groupes reçoit l'alternative homéopathique à une dilution différente. La comparaison semble digne d'intérêt, mais les auteurs n'en tiennent pas compte dans les résultats, et regroupent les deux sous-groupes en un seul, afin de le comparer avec le groupe placebo. (Oberbaum et al, 2005). Cela a pour effet de déséquilibrer les deux groupes, puisque le bras homéopathie compte deux fois plus de membres que le groupe placebo, et entraîne également une perte d'information. (Oberbaum et al., 2005)

Tous ces biais ne permettent donc pas, selon nous, de savoir si le traitement proposé en fonction de sa dilution représente la meilleure alternative possible au traitement habituel.

Indicateurs de mesure de l'efficacité et de l'innocuité du traitement.

Les auteurs des études ont établi des indicateurs de mesure de l'efficacité et de l'innocuité du traitement, afin de répondre à leur problématique. Dans les cinq études sélectionnées, les critères de mesure semblent incomplets.

Innocuité :

Tout d'abord, trois des études mesurant l'effet de remèdes homéopathiques sur la contractilité utérine sont administrés en prénatal (Ventoskovskiy & Popov, 1990) ou en péripartum (Beer & Heiliger, 1999) et (Eid et al., 1993) Ils se doivent donc de prendre en considération l'innocuité chez la mère, mais également chez le fœtus. Beer & Heiliger, (1999) utilisent plusieurs critères de santé fœtale : Ils se réfèrent aux pH ombilicaux ainsi qu'au score d'Apgar. Ventoskovskiy & Popov (1990) quant à eux utilisent, le score d'Apgar à une minute de vie pour évaluer les éventuels effets secondaires sur le fœtus ; alors que Eid et al. (1993) mentionnent seulement l'absence de modifications des paramètres fœtaux, sans préciser quels sont les paramètres pris en considération. En effet, même si il semblerait qu'il n'y ait pas d'effets observés sur le fœtus dans ces trois études ; seuls Beer et al. (1999) ont examiné à la fois les pH ombilicaux et le score d'Apgar. Les deux autres études ont soit pris un seul critère d'évaluation ou ne mentionnent pas clairement les mesures prises en compte. De plus, nous ne pouvons pas expliquer ce manque d'observation de l'innocuité par la difficulté d'établir la santé fœtale, puisque le score d'Apgar est évalué à chaque naissance pour chaque nouveau-né. Les ph ombilicaux sont également effectués dans la plupart des maternités européennes.

Ces critères sont donc facilement à la portée des professionnels. Ainsi, les données étant incomplètes, nous ne pouvons pas affirmer l'absence totale de nocivité pour le fœtus.

Concernant l'innocuité pour la mère, la problématique est identique, les indicateurs sont incomplets pour assurer l'absence totale de nocivité chez les patientes. Seuls Eid et al. (1993) ont cherché à analyser les éventuels effets secondaires pour les femmes. Ils ont pris en considération les critères suivants : les signes vitaux, l'apparition de vomissement, les cas d'atonie utérine ainsi que les pertes sanguines. Les deux autres études n'ont, quant à elles pas analysé ou même abordé le sujet de l'innocuité pour les femmes (Beer & al., 1999), ou ont considéré seulement deux critères tels que les pertes de sang et l'hémorragie du post-partum (Ventoskovskiy & Popov., 1990). Par conséquent, le manque de certaines données ne permet de conclure à l'absence totale d'effets indésirables pour la mère. De plus, nous pensons que comme ces traitements ont des effets sur la contractilité utérine, il serait judicieux d'évaluer s'ils provoquent des hypercinésies de fréquence ou d'intensité.

Concernant l'efficacité pour la contractilité utérine, les résultats sont divergents. En effet, Eid et al. (1993) ont démontré une diminution de la durée du travail de nonante minutes dans le groupe homéopathique, alors que Ventoskovskiy & Popov.,(1990) n'ont pas obtenu de différences statistiquement significative pour la durée du travail entre le groupe placebo et le groupe prophylaxie classique. Ceci peut s'expliquer par le fait que le caulophyllum est associé à d'autres remèdes au sein de l'étude de Ventoskovskiy & Popov (1990) Il serait donc plus efficace, seul, plutôt que joint à d'autres composés homéopathiques pour diminuer la durée du travail. Cependant, les critères d'analyse et de sélection n'étant pas les mêmes au sein de ces deux études, nous ne pouvons certifier cette supposition. Néanmoins, Ventoskovskiy & Popov (1990) ont tout de même démontré que le traitement homéopathique semble diminuer la fréquence de faux-travail. Quant à Beer & Heiliger (1999) ils n'ont obtenu aucun résultat significatif. En effet, le temps entre la prise du premier comprimé et la mise en travail des femmes n'est pas statistiquement différente entre le groupe placebo et le groupe homéopathie.

Les études d'Oberbaum et al. (2005) et de Berrebi et al. (2001) se concentrent sur la période du post-partum. L'innocuité doit donc comme nous l'avions mentionné précédemment se mesurer chez la mère ainsi que chez le nouveau-né s'il y a allaitement maternel. Ces différentes notions ne sont en aucun cas abordées au sein de ces deux études.. L'innocuité chez la mère n'est également pas observée ou évaluée dans l'étude Berrebi et al. (2001) alors que dans l'étude d'Oberbaum et al. (2005), il est seulement fait mention d'une absence d'effets secondaires observés sans exposer les critères utilisés pour arriver à cette conclusion. Ce manque de précision au sein de ces études, notamment de Berrebi et al (2001) semble être en totale contradiction avec l'objectif principal de leur essai clinique. En effet, il est exposé clairement à travers l'argumentation des auteurs, qu'ils recherchent un traitement homéopathique qui pourrait remplacer le Parlodel étant donné les graves et nombreux effets

secondaires qu'il entraîne chez ses utilisatrices. Il serait donc judicieux d'observer et analyser avec des critères précis ces remèdes pour pouvoir affirmer et argumenter leur utilisation dans la pratique future.

Efficacité :

Les indicateurs sont également incomplets. Oberbaum et al. (2005) dont la thématique se centre sur l'hémorragie post-partum ont recours uniquement à la mesure de l'hémoglobine à J2 et J4. D'autres éléments seraient importants à connaître pour pouvoir évaluer la situation dans son ensemble, comme notamment la quantité de pertes sanguines à l'accouchement.

Berrebi et al. (2001) ont cherché à démontrer l'efficacité de leur traitement homéopathique pour diminuer la douleur de la montée laiteuse non souhaitée. Pourtant, ils évaluent en plus de la douleur et de la tension mammaire, l'écoulement de lait qui est plutôt un critère pour évaluer l'apparition ou non de la montée laiteuse. (Berrebi et al. 2001,) Cette confusion entre inhibition de la montée laiteuse et douleur de la montée laiteuse non désirée se retrouve également dans leur argumentaire où les auteurs parlent de l'importance de trouver un remplaçant au Parlodel® qui est un inhibiteur de la montée laiteuse et non pas un anti-douleur. (Berrebi et al., 2002).

Ethique

Deux de nos études ne font pas mention d'éthique. Il s'agit des études de Beer & Heiliger (1999) ainsi que de celle de Ventoskovskiy & Popov (1990). L'absence de comité d'éthique ayant validé le protocole de recherche ainsi que l'absence de consentement signé par les participants à la recherche représente une limite dans ces études.

Une autre problématique liée à l'éthique se trouve dans l'étude de Berrebi et al. (2001). Deux des auteurs de la recherche travaillent pour le laboratoire pharmaceutique qui produit ce traitement. Cela représente donc un biais dans la recherche. En effet, nous sommes en droit de penser que ces deux auteurs, par leurs liens avec le laboratoire, peuvent ne pas être totalement objectifs.

6. DISCUSSION

6.1 Introduction

A ce stade de notre revue de la littérature, nous allons discuter des résultats obtenus en lien avec notre problématique et ainsi, évaluer s'ils permettent de répondre de manière appropriée à la question de recherche qui est, rappelons-le :

« Quelle est l'efficacité et l'innocuité de l'utilisation de l'homéopathie en période périnatale ? »

L'analyse et la critique des différentes recherches a permis de découvrir de nombreuses limites qui ne permettent pas d'estomper les incertitudes quant à l'efficacité et à l'innocuité de l'homéopathie. Plusieurs éléments essentiels à la compréhension et à l'utilisation de cette médecine ne sont pas exposés dans ces études. Nous pouvons déjà constater qu'il existe un certain décalage entre les notions énoncées par les auteurs au sein du cadre théorique, et les résultats des différentes études. En effet, au sein de notre problématique nous reprenons largement les notions de prise en charge globale et d'individualité recherchées en homéopathie qui pourraient entraîner une certaine influence sur son utilisation et ainsi sur l'efficacité de ces traitements. Contrairement aux études sélectionnées qui évoquent le caractère beaucoup plus concret, voire allopathique des traitements homéopathiques utilisés pour l'annulation des symptômes. Ceci rompt avec les bases et les représentations de l'homéopathie que nous avons énoncées en grande partie dans notre problématique.

Nous allons exposer les résultats des études par thématique pour ensuite pouvoir effectuer un lien avec les concepts énoncés dans le cadre théorique et ainsi discuter des différents éléments qui en ressortent.

6.2. Efficacité de l'homéopathie.

6.2.1 Résultats des études

Le premier grand thème de notre question de recherche est l'efficacité de l'homéopathie en période périnatale.

Ce sujet est abordé au sein des cinq études sélectionnées. Comme mentionné lors de notre analyse, trois d'entre elles testent des remèdes en période d'accouchement et deux autres pendant le post-partum.

Les trois premières études abordent la contractilité utérine. L'une d'entre elle analyse l'effet de ces remèdes pour le déclenchement du travail (Beer & Heiliger. 1999), une autre pour limiter les perturbations de la contractilité utérine et ainsi diminuer la fréquence des faux-travail (Ventoskovskiy

& Popov.,1990) et la troisième étude sélectionnée démontre l'effet de l'homéopathie contre la stagnation de la dilatation et donc, une diminution du temps de travail. (Eid et al. 1993)

La première des trois études (Beer & Heiliger ,1999) teste l'efficacité d'un unique traitement, le *Caullophyllum* D4. Selon les auteurs, ce traitement est connu pour ses vertus d'utéro-contractant, mais ceci n'a jamais été prouvé scientifiquement auparavant. Les résultats obtenus concernant son efficacité ne sont pas statistiquement significatifs entre le groupe homéopathique et le groupe placebo. Les auteurs avouent donc n'avoir pas pu démontrer l'efficacité du *Caullophyllum* et n'envisagent aucune nouvelle recherche pour l'avenir.

La deuxième étude (Ventoskovskiy & Popov, 1990) teste l'efficacité de nombreux remèdes homéopathiques pris simultanément, dont le *caullophyllum*, en les comparant avec un traitement allopathique utilisé traditionnellement en prévention de perturbations de la contractilité utérine. Les résultats obtenus démontrent une efficacité plus ou moins égale entre les deux groupes testés. La seule différence se trouve dans la diminution du nombre de faux-travail dans le bras homéopathique. Les auteurs avouent cependant que les remèdes utilisés seraient plus efficaces si les concepts de l'homéopathie étaient respectés et appliqués. Les traitements sont ici évalués selon une méthode pluraliste (plusieurs remèdes pour plusieurs symptômes), alors que la réelle philosophie de l'homéopathie est l'unicisme, (un seul remède) dont les principes ne sont pas explicités dans cette étude. Selon les auteurs ceci amène donc des limites aux réels effets attendus des différents remèdes utilisés.

La troisième étude (Eid et al. 1993) teste l'efficacité du *Caullophyllum* pour limiter la stagnation de la dilatation. Ce remède est testé par les auteurs, afin de prouver scientifiquement son efficacité. Ils mesurent la durée du travail dans le groupe homéopathique et le groupe placebo. Cette étude donne des résultats statistiquement significatifs en faveur du groupe homéopathique, puisque la durée du travail dure nonantes minutes de moins que dans le groupe placebo. Cependant, les auteurs exposent les difficultés de concilier la nature individuelle d'un traitement homéopathique aux conditions de standardisation de l'étude clinique, car même si les critères d'inclusions strictes de la méthodologie peuvent amener à croire que la population des deux groupes a les mêmes caractéristiques, il existe toujours des différences, ne permettant pas l'individualisation préconisée par les fondements de cette médecine douce.

Ventoskovskiy & Popov (1990) et Eid et al.(1993) présentent certaines limites concernant leurs recherches, et l'analyse de l'homéopathie pluraliste. En effet, ils exposent le fait qu'une étude basée sur la prescription individuelle serait plus à même de répondre à l'homéopathie telle qu'elle est énoncée selon les bases puristes. Cependant, comme le soulèvent Eid et al. (1993), il est difficile d'utiliser des études standardisées pour démontrer l'efficacité d'une médecine respectant l'individu et ses propres besoins. Un deuxième point intéressant relevé par Eid et al (1993) ainsi que par Beer &

Heiliger. (1999) concerne l'analyse de la substance *caulophyllum*, remède connu pour ses vertus d'utéro-contractant. En effet, malgré son utilisation courante, son efficacité n'a jamais été prouvée scientifiquement. Ces éléments feront l'objet d'une discussion ultérieurement.

Les études réalisées en post-partum ont amené les résultats suivants :

L'étude d'Oberbaum et al. (2005) évalue l'efficacité de deux traitements homéopathiques pour prévenir l'hémorragie du post-partum. Les résultats sont statistiquement significatifs. Cependant, les auteurs ont souligné certaines faiblesses dans cette étude. Parmi elles, se trouvent le faible échantillon de population et l'absence d'explications biologiques des résultats obtenus.

L'étude de Berrebi et al. (2001) teste l'efficacité de deux remèdes pour traiter la douleur de la montée laiteuse non désirée. Les résultats obtenus sont statistiquement significatifs et démontrent l'efficacité de ces deux traitements homéopathiques. Cette même étude fut également réalisée dans les CHU de Lille et Poitiers et les mêmes résultats ont été observés. (C.Charvet, 2007). Les auteurs envisagent donc de développer cette thérapie dans une pratique future pour la prise en charge des désagréments de la montée laiteuse.

Ces deux recherches (Berrebi et al, 2001 et Oberbaum et al, 2005) ont pour objectif de pouvoir remplacer les traitements allopathiques habituellement utilisés par l'homéopathie, afin d'offrir une alternative dénuée d'effets secondaires. Dans ces études, cette médecine est donc utilisée et analysée selon les critères de la médecine moderne et non selon les principes de base de l'unicisme. Les résultats obtenus peuvent-ils donc être considérés comme fiables ?

6.2.2 Mise en lien des résultats obtenus avec le cadre théorique

A ce stade de notre revue de la littérature, nous pouvons relever plusieurs éléments mentionnés par les auteurs, des études en lien avec le cadre théorique qui ne permettent pas de certifier de l'efficacité des remèdes homéopathiques testés dans nos recherches.

Comme mentionné précédemment, trois des études (Oberbaum et al., 2005 ; Berrebi et al ; 2001 ; Ventoskovskiy & Popov, 1990) cherchent à démontrer l'efficacité de plusieurs remèdes pour pallier à une pathologie obstétricale ou diminuer des symptômes. Ceci, comme nous avons pu le définir au sein du cadre théorique, correspond à une homéopathie pluraliste. Pour rappel, elle correspond à la prescription de plusieurs remèdes pour différents aspects ou symptômes d'un patient (Loutan, 2010). Ce modèle, selon le fondateur de l'homéopathie, répond aux mêmes règles de l'allopathie, et non aux différents principes de la réelle philosophie de l'homéopathie, l'unicisme. En effet, ce modèle consiste à prescrire le remède le plus semblable aux sensations, symptômes, caractéristiques, à l'imagination et à l'histoire de vie du patient. Cette thérapeutique respecte le principe d'individualisation en considérant qu'il existe un malade et non pas une maladie. Ces deux

formes de médecine sont donc très différentes. En effet, en homéopathie pluraliste, l'efficacité du traitement est prouvée par l'annulation des différents symptômes, comme retrouvé à travers les études, alors que pour l'unicisme, l'efficacité est acquise par un bien être global de la personne aussi bien physique que psychique. Comme explicité par les différents auteurs tels que Ventoskovskiy & Popov (1990) et Eid et al. (1990), leurs études n'ayant pas été effectuées en respectant les principes de l'homéopathie de base uniciste, ceci entraîne certaines limites à leurs résultats. Les deux recherches Beer & Heiliger (1993) et Eid et al. (1999) utilisent quant à elles un seul remède homéopathique. Cependant, elles ne correspondent pas réellement à l'homéopathie uniciste, puisque le traitement n'est pas donné de manière individuelle. Ils ne tiennent pas compte de la pathogénésie des patientes, mais cherchent seulement à annuler les symptômes ou à améliorer un mécanisme corporel, tout comme la médecine allopathique.

Ces deux formes de la médecine sont donc trop distinctes et éloignées pour faire l'objet d'une comparaison, et ainsi être évaluées avec les mêmes méthodologies de recherche. Selon l'Evidence Based Medicine et sa méthodologie d'analyse, les résultats de ces études ne démontrent aucune différence statistiquement significative entre les groupes homéopathiques et les groupes placebo. En respectant les fondements de l'homéopathie uniciste, ces résultats ne peuvent être pris en considération, car la méthodologie de ces études ne correspond pas à ses différents principes : l'individualisation du traitement, le recours à un seul remède ainsi que la recherche d'un bien-être global.

De plus, comme l'a évoqué Hahnemann (1839), le fait que différents remèdes soient utilisés simultanément ou alternativement pour traiter une pathologie, ne permet pas de définir lequel a pu provoquer un résultat, et lequel n'a aucun effet. Il n'est précisé à aucun moment dans nos recherches le rôle attendu et le but de chacune de ces dilutions, ainsi que les raisons évoquées les ayant poussé à les utiliser simultanément. De plus, ces différentes combinaisons de remèdes n'étant pas analysées et étudiées dans plusieurs études, il ne peut pas être conclu qu'il existe une efficacité générale de leur part. Seul, le *caulophyllum* est retrouvé et testé plusieurs fois pour le même but, mais au vu des résultats contradictoires qu'il suscite, son efficacité ne peut être certifiée.

De plus, ces nombreux remèdes sont analysés pour des diagnostics totalement différents, ils ne permettent donc pas de parler d'efficacité pour une pathologie ou un symptôme spécifique. Nous retrouvons l'induction du travail de l'accouchement, la douleur de la montée laiteuse non souhaitée, la prévention de l'hémorragie du post-partum, la prévention des troubles de la contractilité utérine et la diminution du temps de travail. Il a cependant été aisé de synthétiser les résultats de trois études traitant le thème de la contractilité utérine, mais certaines incohérences peuvent être mises à jour malgré tout. En effet, divers facteurs ont été mesurés comme la fréquence de faux-travail (Ventoskovskiy & Popov 1990) ou le temps écoulé avant la mise en travail lors d'une provocation

(Beer & Heiliger 1999). La durée du travail est quant à elle la seule mesure qui se retrouve dans deux études, celle de Beer & Heiliger (1999) ainsi que chez Eid et al. (1993). Néanmoins, là encore, il est difficile de tirer des conclusions certaines, car les résultats sont contradictoires. En effet, Beer & Heiliger. (1999) ne trouvent pas de différences entre les deux groupes concernant la durée du travail, alors que Eid et al. (1993) mettent en évidence une diminution d'en moyenne nonante minutes de la durée du travail chez les patientes traitées par homéopathie. Pour ces raisons, il est donc difficile de prendre pour acquis ces résultats.

Comme nous venons de le mentionner, l'homéopathie a des concepts différents de la médecine allopathique et, il semblerait donc illusoire de lui appliquer la même méthodologie d'analyse. Pourtant, les études ont été menées en faisant appel à des notions de l'Evidence Based Medicine. Il serait donc judicieux de comprendre pourquoi les chercheurs désirent appliquer les concepts de recherche quantitative sur une médecine douce. Pour Beer & Heiliger (1999) et Eid et al. (1993) la raison principale de cet intérêt pour l'homéopathie, qui se retrouve également dans notre cadre théorique, est la popularité des remèdes malgré l'absence de preuves de leur efficacité. Dans ces deux recherches, c'est le *caulophyllum* qui est testé. Les auteurs expliquent que ce remède est très souvent utilisé en obstétrique pour ramollir le col et provoquer des contractions utérine. Il est d'ailleurs souvent retrouvé dans les livres de médecine complémentaire dans lesquels il est décrit comme étant un accélérateur du travail. (Lockie & Geddes, 1999) Cependant, selon les auteurs, aucune preuve scientifique n'a encore été énoncée. En effet, comme il est mentionné dans le cadre théorique, certains remèdes homéopathiques sont utilisés et commercialisés, sans que leur efficacité n'ait été prouvée, car contrairement à la médecine conventionnelle, ces médicaments sont dispensés d'études cliniques préalables. (Quemoun, 2005) Cependant, selon les auteurs, il est aujourd'hui indispensable d'apporter des preuves scientifiques en homéopathie dans le champ obstétrical, c'est d'ailleurs une des raisons qui les a conduit à effectuer ces études.

En effet, même si cette médecine gagne de plus en plus en popularité, elle manque encore cruellement de sérieux : elle ne repose pas sur une validation suffisante, sur des preuves formelles et objectives représentatives de son efficacité. De ce fait, il est aujourd'hui difficile de savoir si ses bienfaits retrouvés par ses utilisateurs sont dus aux vertus de ses remèdes, à un effet placebo ou liées à un effet psychologique. Ces incertitudes freinent donc les professionnels de la santé, notamment les médecins ou les sages-femmes à les utiliser plus fréquemment. Comme expliqué dans le questionnaire professionnel, beaucoup de sages-femmes n'utilisent pas cette médecine par manque de preuves scientifiques de son efficacité. (Gaffney & Smith, 2004). En effet, l'EBM est depuis quelques années très utilisée en obstétrique. Depuis que les services d'obstétrique ont été centralisés, amenant les femmes à accoucher dans de grandes structures, ces services ont été débordés par un nombre croissant de naissances, ce qui les a poussés à créer des protocoles basés sur des preuves scientifiques permettant des décisions rapides et consensuelles. Ceci leur permet de se protéger légalement en

justifiant leurs actes médicaux et leur stratégie de surveillance de l'accouchement. (Bel, 2004). Pour ces raisons, il est donc aujourd'hui primordial de pouvoir apporter des preuves scientifiques à l'homéopathie dans le champ obstétrical.

Cette absence de preuves quant à l'efficacité de cette médecine fait également appel à un problème d'éthique. En effet, il ne semble pas réellement moral de continuer à prescrire et à commercialiser un remède qui n'a pas apporté de preuves scientifiques concernant son efficacité. Il est difficile aujourd'hui, au vu de l'importance grandissante de l'EBM au sein de la profession, d'accepter et de prendre le risque de conseiller cette médecine à des patientes sans être certains de ses effets. C'est un métier dans lequel les sages-femmes sont les seules responsables de leurs actes, reposant sur la base de leurs connaissances et de leur expérience. Sans connaissances sur le sujet, les preuves scientifiques sont essentielles pour légitimer les soins médicaux et ainsi protéger les soignants. Ceci peut donc amener les professionnels de la santé à un certain dilemme de conscience qui sera explicité dans la suite de notre travail.

Pour pouvoir apporter une conclusion sérieuse à notre questionnement, l'efficacité de l'homéopathie doit être testée sur toutes les périodes de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. D'ailleurs comme nous l'avons mentionné au sein du cadre théorique la période de périnatalité s'étend de six mois de grossesse à sept jours post-partum (OMS, 2005). Cette revue de la littérature analyse des études effectuées pendant la période d'accouchement et également en post-partum. Cependant, aucune recherche permettant d'analyser l'efficacité des remèdes homéopathiques pendant la grossesse n'a été entreprise. Ceci ne permet pas d'étendre et généraliser les résultats trouvés, à la périnatalité. Il est difficile d'expliquer cette absence d'étude pendant la grossesse. Cependant, ceci apporte certaines faiblesses à notre revue de la littérature, puisque ceci ne permet pas de répondre pleinement à notre question de recherche.

La méthodologie de l'Evidence Based Medicine n'a donc pas permis de mettre en lumière de façon certaine l'efficacité de l'homéopathie. Pourtant, cela ne signifie pas que cette médecine n'est pas efficace. En effet, une absence de preuve d'efficacité d'un traitement ne prouve pas forcément l'inefficacité de ce dernier, surtout pour un patient donné. (Utard, 2011) Cette approche factuelle de la pathologie et du traitement s'appuie sur des modèles statistiques dans lesquels la pathologie n'est pas envisagée du point de vue de l'individu, mais du point de vue d'un groupe, d'une population. Les résultats de ces essais cliniques randomisés démontrent l'efficacité comparée d'un traitement pour un patient randomisé moyen ou standard, ce qui ne correspond pas au patient réel rencontré en pratique. L'EBM est donc insensible aux données contextuelles se rapportant à l'individualité du patient. (Utard, 2011) Ces limites de la démarche scientifique sont davantage retrouvées dans l'analyse d'une médecine telle que l'homéopathie dont les principes reposent principalement sur cette notion d'individualité. La seule façon de s'assurer de l'efficacité de l'homéopathie serait de développer une

nouvelle méthodologie d'analyse des médecines qui respecterait les concepts d'individualité et ainsi de l'homéopathie uniciste.

6.3 Innocuité et l'homéopathie

6.3.1 Résultats obtenus

Comme il est développé dans le cadre théorique, la notion d'innocuité en obstétrique prend en compte aussi bien les risques encourus par le traitement chez la mère que chez le fœtus. Nous allons voir que les effets secondaires et/ou indésirables n'ont pas toujours été évalués au sein des études.

Chez la mère :

L'étude de Beer & Heiliger (1999) ne mentionne à aucun moment des données sur les effets secondaires retrouvés chez la patiente. Berrebi et al. (2001) ainsi que Oberbaum et al., (2005), exposent seulement le fait qu'il n'y a eu aucun effet secondaire retrouvé dans les deux groupes, mais sans expliquer leurs critères d'évaluation.

Eid et al., (1993) ont étudié les possibles effets indésirables retrouvés chez la mère par certains critères. Ils ne retrouvent pas de vomissements, ni de perturbations des signes vitaux au sein du groupe homéopathique. Cependant, lors de l'analyse, il a été mis en avant qu'il manquait certains indicateurs comme les hypercinsies de fréquence ou de durée, pour obtenir une meilleure fiabilité des résultats. Ventoskovskiy & Popov (1990) ont analysé les pertes sanguines ainsi que les cas d'hémorragies du post-partum.

Au vu des résultats, il est illusoire de se baser sur ces études pour certifier l'innocuité de l'homéopathie chez la mère. Cependant, il est probable que si des effets indésirables étaient survenus, ceux-ci auraient été mentionnés, ou l'étude n'aurait peut-être pas été publiée. En effet, l'objectif principal de plusieurs de ces études est de tester des remèdes homéopathiques, afin de les utiliser à la place de médicaments allopathiques, sujets à de nombreux effets secondaires. L'innocuité est donc l'effet principal recherché à travers cette médecine. Dans trois recherches de notre revue Oberbaum et al., (2005), Berrebi et al., (2001), Ventoskovskiy & Popov (1990), la raison évoquée du recours à l'homéopathie est de pouvoir pallier à la toxicité des médicaments allopathiques utilisés habituellement en obstétrique. C'est l'un des effets les plus recherchés pour les « consommateurs » d'homéopathie, comme développé dans le cadre théorique (Steel et al, 2004). Cette même raison pousse les femmes enceintes à avoir recours à l'homéopathie. (Adams et al, 2009) Cependant, la volonté des auteurs de vouloir utiliser cette médecine pour pallier à la toxicité des médicaments allopathiques, ne correspond pas, une nouvelle fois, à la philosophie uniciste de cette thérapeutique, mais répond aux principes de la médecine conventionnelle.

Chez le fœtus :

Pour le fœtus, il ne semble pas y avoir d'effets secondaires au sein des trois recherches effectuées pendant le travail. Cependant, il faut préciser que les auteurs ne semblent pas avoir pris en considération suffisamment d'éléments pour s'assurer de l'absence totale d'effets sur le fœtus. En effet, seul le score d'Apgar et les pH ombilicaux ont été analysés. Selon Hahnemann (1839), la toxicité de l'homéopathie pluraliste, serait plus ou moins identique à celle de l'allopathie. Elle serait due à l'interaction des différents remèdes utilisés pour soigner chaque symptôme. En appliquant cette théorie, ces dilutions pourraient donc entraîner chez le fœtus des malformations structurales ou organiques, comme il a été démontré par l'utilisation de certains traitements allopathique pendant la grossesse (CRAT, 2012). Cependant, ceci n'a en aucun cas été évalué à travers les recherches de cette revue. Il n'existe aucune mention d'examens morphologiques ou cérébraux du nouveau-né à la naissance, ou d'échographie effectué pendant la grossesse pour dépister d'éventuelles malformations.

De plus, chez Ventoskovskiy & Popov (1990) seul le score d'Apgar à une minute de vie est considéré et chez Eid et al. (1993), il est uniquement mentionné qu'il n'y a pas de modifications des paramètres fœtaux entre les deux groupes, sans qu'il ne soit fait mention des critères d'analyse. Il est donc difficile de certifier l'absence d'effets néfastes sur le fœtus.

Les deux études concernant le post-partum, Berrebi et al. (2001) et Oberbaum et al. (2005) ne se sont pas attachées à mesurer d'éventuels effets sur le nouveau-né. Dans le travail de Berrebi et al. (2001), cela est compréhensible, puisque la thématique porte sur le traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée, donc ne se rapporte pas au nouveau-né. Cependant, chez Oberbaum et al. (2005), il n'y a aucune mention d'allaitement, de possible passage de la substance dans le lait maternel et d'éventuels effets secondaires chez le nouveau-né. Il est donc raisonnable de ne pas certifier de l'absence d'effets secondaires et/ou indésirables concernant le nouveau-né.

Il reste difficile de pouvoir généraliser l'innocuité de l'homéopathie chez le nouveau-né et le fœtus, d'une part par le peu de résultats que nous avons et d'autre part par les mesures incomplètes effectuées pour l'établissement des données scientifiques.

6.3.2 Mise en lien des résultats obtenus avec le cadre théorique

A ce stade de la recherche, il est important de relever que lorsque les paramètres spécifiques sont évalués, aucun effet indésirable n'est relevé aussi bien chez le fœtus que chez la mère. Malheureusement, ceci ne permet pas de généraliser ces résultats et d'affirmer que tous les traitements homéopathiques utilisés en obstétrique n'ont aucun effet secondaire, et peuvent être prescrit et donnés à toutes les femmes enceintes sans nuire à leur santé et à celle de leur enfant.

Ceci peut nous amener à nous questionner sur la difficulté d'évaluer les effets secondaires et /ou indésirables de l'homéopathie notamment chez le fœtus. En effet, à travers ces recherches incluses dans la revue, ces paramètres ont été évalués à la naissance de l'enfant, à travers l'Apgar ou le pH au cordon, mais lorsque ces traitements sont administrés pendant la grossesse ou le post-partum, comment peuvent-ils être évalués ? Etant donné l'absence d'études effectuées pendant la grossesse dans les bases de données et de résultats pour ces critères d'innocuité dans les études réalisées pendant post-partum, nous ne pouvons pas apporter de réponse.

A travers notre cadre théorique, nous avons mentionné que les effets secondaires ou indésirables en homéopathie étaient retrouvés principalement au sein de la médecine homéopathique pluraliste, dû au mélange de différents remèdes. En effet, selon Loutan (2010), certains médecins, par manque de connaissances, prescrivent plusieurs substances homéopathiques en même temps, en espérant avoir un effet. Dans les recherches de cette revue, les remèdes utilisés ne sont pas présentés, et leurs effets attendus ne sont pas explicités. Il peut donc être supposé que les chercheurs ont suivi la technique exposée par Loutan (2010). Ceci pourrait donc accentuer la possibilité d'effets secondaires au sein des recherches, ainsi que l'incertitude des résultats.

Comme exposé dans le cadre théorique, il se peut que les auteurs, les médecins homéopathes, utilisent des dilutions basses, ce qui peut entraîner plus d'effets toxiques (Loutan, 2010). Les précisions quant à la dilution des remèdes utilisés ne sont pas décrites dans les études, excepté dans l'une d'entre elles (Oberbaum et al., 2005), qui n'observe aucun effet secondaire chez la mère, mais aucune donnée pour le nouveau-né n'est disponible. Dans les autres recherches, ce critère n'a pas été pris en compte.

Ces éléments essentiels à la compréhension de l'utilisation de l'homéopathie n'ont pas été considérés par tous les auteurs, ajoutant un doute quant à l'innocuité de cette pratique.

6.4 Conclusion

L'aspect globale de la médecine homéopathique qui prend en considération aussi bien les manifestations physiques que psychiques, sont des notions essentielles en homéopathie. Notre analyse a démontré que ces concepts ne sont pas pris en compte dans les recherches étudiées de type EBM.

Les différents aspects et modèles de la santé définissant l'homéopathie comme étant une médecine holistique prenant en compte l'esprit et le corps ainsi que l'histoire de vie, les antécédents de la personne malade (Loutan, 2010) ne sont pas exposés et analysés au sein des recherches incluses dans cette revue de la littérature. En effet, ce côté psychologique, qui selon les grands auteurs homéopathes tels que Hahnemann, semble être la grande caractéristique de cette thérapie ne sont aucunement abordés. A aucun moment, au sein des méthodologies de chaque étude, il n'est retrouvé mention des anamnèses, reprenant les antécédents des patientes, les questionnant sur leur histoire de vie et prenant

en compte leur état psychologique pour pouvoir donner le traitement homéopathique correspondant précisément à chaque individu et à son mal-être. Ces éléments caractérisent l'homéopathie, mais ne permettent pas une évaluation de type essais cliniques randomisés.

Les changements de philosophie de santé pour des femmes enceintes qui souhaitent davantage une prise en charge basée sur une philosophie humaniste, beaucoup plus autonome et sans risques, proche de la médecine homéopathique, ne ressortent pas dans nos recherches. Il ne semble pas que les femmes enceintes soient questionnées sur leurs croyances ou leurs penchants pour la médecine homéopathique, pour l'établissement d'un traitement sur mesure. Aucun outil ne semble être utilisé pour mesurer l'impact que peut avoir le côté psychologique sur les résultats obtenus. Le lien entre la philosophie de santé des femmes enceintes et l'utilisation de l'homéopathie n'est donc pas retrouvé. Cela pose un réel problème de concept. En effet, si nous considérons l'homéopathie selon ses bases, elle rejoint une forme uniciste, prenant en compte le malade dans sa globalité. Ceci n'a jamais été pris en compte dans les recherches. D'ailleurs l'OMS, soutient la vision humaniste de la santé. Cela devrait inciter les chercheurs à prendre en compte d'autres aspects plus psychologiques de leur population cible.

Ce problème reste donc majeur. Ventoskovskiy & Popov (1990) exposent la difficulté de faire une étude standardisée avec un traitement supposé être individuel. Tester l'efficacité et l'innocuité de l'homéopathie à travers une approche standardisée est-elle réaliste ? En effet, si nous appliquons les bases de l'homéopathie sous la forme uniciste énoncée par Hahnemann, il est probable que les résultats obtenus de cette revue soient écartés. La question est donc de savoir si l'évaluation de concepts de médecine allopathique (traitement vs placebo) peut être appliquée à l'homéopathie. En effet, est-ce réellement possible d'analyser scientifiquement l'efficacité d'un seul remède personnel et choisi en fonction de l'histoire de vie, des antécédents d'un individu sur toute une population pour traiter un symptôme identique ?

Selon Loutan (2010), dans une étude effectuée en double aveugle, il serait possible d'évaluer l'effet de l'homéopathie en estimant subjectivement le vécu du patient, et en suivant son évolution avec un bon temps de recul. Ceci entraînerait des coûts onéreux associés à de multiples consultations pour chaque symptôme. En pratique ceci semble irréalisable.

Il semble donc que des designs de type Evidence Based Medicine soient peu applicables à l'homéopathie, ce qui expliquerait la pauvreté de la littérature sur ce concept uniciste. Toute la dualité de notre médecine actuelle se résume donc ainsi : pour appliquer un traitement à une population, il faut des évaluations scientifiques, mais pour les obtenir, il faut une méthodologie précise qui se trouve être incompatible avec les principes de l'homéopathie.

Quelles pistes pourrait-on explorer ou envisager afin d'obtenir des preuves quant à l'efficacité de cette forme particulière de l'homéopathie ? En effet, ces preuves restent primordiales pour que nous puissions conseiller éthiquement nos patientes dans notre pratique de tous les jours. Que peut-on proposer pour que les femmes enceintes qui le désirent, bénéficient d'une prise en charge en homéopathie basée sur des conseils clairs et précis ? Que peut-on apporter de plus à la pratique sage-femme pour que la prise en charge en homéopathie soit optimale ? Voici les questions qui guident la suite de notre travail.

6.5 L'homéopathie dans d'autres champs de la médecine

Il est intéressant ici de souligner que s'il est difficile d'effectuer une revue de la littérature sur un sujet aussi précis que l'obstétrique, impliquant aussi bien la santé des mères que celle des fœtus et nouveau-nés, il semble que cela soit plus aisé pour d'autres domaines de la médecine, telle que l'oncologie. En effet, en interrogeant les bases de données, nous pouvons observer le nombre important d'études traitant de l'homéopathie en oncologie, avec des dates de parution allant des années nonante à la décennie actuelle. Pourtant, comme pour l'obstétrique, l'homéopathie ne semble pas avoir fait preuve de son efficacité dans ce domaine. Deux revues de la littérature ont été menées sur ce sujet.

Milazzo, Russell & Ernst (2006) ont effectué une revue de la littérature dont le but était d'évaluer l'efficacité de l'homéopathie, utilisée seule ou en complément de traitements conventionnels administrés en cancérologie. Ils sont arrivés à la conclusion que leur revue ne présentait pas suffisamment d'évidence, pour certifier l'efficacité de l'homéopathie dans la prise en charge de cette maladie.

Kassab, Cummings, Berkovitz, Van Haselen & Fisher (2009) ont centré leur revue de la littérature sur l'efficacité de l'homéopathie, pour pallier aux effets indésirables des traitements conventionnels du cancer. Leur revue comporte huit études, dont trois s'intéressant aux effets négatifs de la radiothérapie, trois autres à ceux de la chimiothérapie, et deux aux symptômes de la ménopause associés au traitement du cancer du sein. Les auteurs arrivent à la conclusion que les résultats n'apportent pas suffisamment de données pour conclure à l'efficacité de l'homéopathie. Ainsi, il semblerait que l'obstétrique et l'oncologie sont face à la même problématique : l'absence de preuves suffisantes pour conclure à l'efficacité de l'homéopathie dans leur domaine respectif.

Rostock et al. (2011) ont quant à eux, montré dans une étude prospective d'observations que les patients souffrant de cancer et qui avaient recours à l'homéopathie voyaient leur qualité de vie fortement améliorée. Cette étude a été menée auprès de 639 patients atteints d'un cancer. Parmi toute cette population, 259 personnes ont eu recours à l'homéopathie et 380 individus n'ont utilisé que des traitements conventionnels. Leur qualité de vie a été mesurée à l'aide de diverses échelles. Les mesures ont été effectuées au moment de l'entrée dans l'étude et puis, tous les 3 mois pendant 1 an.

De plus, aussi bien après trois mois qu'après un an de traitement, les patients du groupe homéopathie ont observé une amélioration de leur état de fatigue (Rostock et al, 2011). Ainsi, il semblerait que l'homéopathie présente tout de même un certain bénéfice pour les patients atteints de cancer, ce qui pourrait expliquer l'engouement de ces patients pour l'homéopathie. En effet, tout comme en obstétrique, l'homéopathie est très populaire. De nombreuses études démontrent la popularité de cette médecine dans la population touchée par le cancer. En effet, Träger-Maury et al. (2007), Simon et al. (2007), Molassiotis et al. (2005) ont démontré que l'homéopathie figure parmi les médecines complémentaires les plus utilisées parmi les patients d'oncologie. Il est intéressant de constater que Rostock et al. (2011), en mesurant la qualité de vie qui est un indicateur plus représentatif de l'état de santé que la disparition d'un symptôme, démontre un certain bénéfice de l'homéopathie.

Une autre étude, mais dans un domaine autre que celui de l'oncologie, amène également des considérations intéressantes. Bell et al. (2004) ont démontré l'efficacité de l'homéopathie pour soulager les patients atteints de fibromyalgie. Cette étude est un essai clinique randomisé en double aveugle, avec groupe placebo. Soixante-deux patients atteints de fibromyalgie ont été répartis en deux groupes, un traité par placebo, le second traité par homéopathie. Cette étude est d'autant plus intéressante qu'elle compare un traitement homéopathique individualisé pour chaque patient avec un groupe placebo de patients représentant les mêmes caractéristiques socio-démographiques que les membres du groupe homéopathie. (Bell et al., 2004). Les patients traités par cette thérapeutique ont vu une amélioration de leur qualité de vie ainsi qu'une diminution de leur douleur (Bell et al., 2004). Ainsi, il serait donc possible d'évaluer l'impact d'un traitement homéopathique individualisé sur la qualité de vie des patients, en utilisant la méthodologie de l'Evidence Based Medicine (traitement homéopathique versus placebo).

Alors pourquoi, les études que nous avons sélectionnées ne permettent pas les mêmes conclusions ? Les auteurs de ces études ont administrés le même traitement à tous ses participants, ce qui ne correspond pas à l'homéopathie uniciste. Cependant, les études menées dans d'autres champs médicaux que l'obstétrique, apportant des résultats positifs, ne cherchent pas à remplacer un traitement allopathique existant, mais à améliorer de manière générale la qualité de vie du patient. Ceci semble être en adéquation avec la philosophie de l'homéopathie uniciste. Les études de notre revue s'attardent toutes à pallier à un manque ou à guérir un symptôme, sans rechercher l'amélioration globale du bien-être de la personne soignée. Peut-être est-ce là une des raisons de l'absence de données concluantes sur l'homéopathie en obstétrique. En effet, le psychisme exerçant une influence sur le processus de maternité, il serait intéressant de mesurer l'impact de l'homéopathie sur le bien-être global des femmes.

6.6 Homéopathie et éthique

Le manque de recherches dans le champ obstétrical, ainsi que les résultats peu significatifs des différentes études sélectionnées, amènent à se demander s'il est réellement possible et éthique de conseiller l'homéopathie à nos patientes. En effet, au vu de ces incertitudes, nous pensons qu'il n'est pas réellement moral de conseiller l'approche pluraliste de cette thérapeutique, puisque c'est ce même courant qui est testé dans les études de notre revue et qui n'a pas fait preuve de ses effets. De plus, comme mentionné dans la discussion, ce modèle ne répond pas aux fondements de l'homéopathie, l'unicisme. Ne serait-ce donc pas duper les patientes que de leur conseiller ce modèle pluraliste qui, par ses principes, est beaucoup plus proche de la médecine conventionnelle qu'homéopathique ? Ces différents remèdes étant testés selon les critères de l'allopathie, il semblerait donc logique qu'ils suivent les règles d'autorisation de mise sur le marché de la médecine conventionnelle, selon lesquelles un médicament ne peut être commercialisé s'il n'a pas fait preuve d'efficacité et d'absence d'effet indésirables lors d'essais cliniques. Ainsi, ces absences de preuves scientifiques impliqueraient que les traitements homéopathiques ne soient plus considérés comme étant des médicaments à part entière. Ils ne seraient donc plus remboursés par l'assurance maladie. Comme nous l'avons mentionné dans le questionnaire professionnel, l'homéopathie est actuellement et jusqu'en 2015 soumise à évaluation, et c'est seulement en faisant preuve de son efficacité, de son adéquation ainsi que de son économicité qu'elle pourra continuer à être prise en charge par l'assurance de base. Pour toutes ces raisons, il semble donc raisonnable de conseiller avec prudence cette forme pluraliste de la médecine homéopathique à nos patientes.

Concernant, l'approche uniciste, nous pensons qu'il est important de permettre aux femmes d'y avoir recours. En effet, comme nous l'avons exposé dans le cadre théorique, même si l'efficacité de cette médecine n'est pas démontrée, ses utilisateurs y trouvent une grande satisfaction et cela est dû en grande partie à la relation entretenue entre les patientes et leur homéopathe. Ces derniers en recherchant le remède spécifique à la personne, s'intéressent à l'histoire de vie, aux antécédents et aux sentiments de leurs patients. Cette prise en charge médicale pourrait expliquer la grande satisfaction des femmes enceintes envers cette médecine. En effet, durant cette période, ces futures mères sont confrontées à de réels bouleversements psychologiques, une crise maturative appelée transparence psychique. Cela se traduit par la remémorisation de moments de vie liés à l'enfance, à l'émergence de fantasmes régressifs et d'anciennes reviviscences. (Bydlowski,1997). Ainsi en reprenant l'histoire de vie et les antécédents, l'homéopathie permet bien plus qu'une simple prise en charge médicale globale chez la femme enceinte, mais une réelle thérapie sur sa vie. Cependant, si d'ici 2015, l'homéopathie n'a pas réussi à démontrer son adéquation, son économicité et son efficacité, elle ne sera plus remboursée par l'assurance de base. Par conséquent, seules les femmes ayant un revenu suffisant pourront bénéficier de cette approche complémentaire à la prise en charge habituelle de la grossesse.

Que pouvons-nous proposer aux femmes qui recherchent en l'homéopathie non pas un simple remède inoffensif, mais la prise en charge globale qui la caractérise ?

6.7 Retour dans la pratique

Ce travail nous confronte aux difficultés d'un retour sur la pratique, dans la mesure où les études sélectionnées dans notre revue, ne nous permettent pas de tirer des conclusions précises sur l'efficacité et l'innocuité de l'homéopathie.

Néanmoins, il faut prendre en considération que la méthodologie de l'EBM, sur laquelle est basée la médecine occidentale, ne permet pas d'analyser l'efficacité et l'innocuité de l'homéopathie en tenant compte de ses principes fondamentaux : l'individualisation du traitement, le recours à une seule substance à la fois et la recherche d'un bien-être global, physique et psychique. En effet, ce sont deux médecines différentes, avec une vision opposée de la santé, de la maladie et de la prise en charge du patient. Ceci nous amène donc, à penser qu'il faudrait une nouvelle méthode d'évaluation de cette médecine. Cette considération n'a pas de liens strictement directs avec la pratique sage-femme, mais ces dernières seront de plus en plus sollicitées à participer activement au domaine de la recherche. Ainsi ces remarques ne semblent pas vaines.

Nous avons retrouvé au sein de plusieurs études, une façon différente d'évaluer l'efficacité de l'homéopathie qui nous semble plus adaptée à cette médecine. En effet, ces études de types qualitatives permettent d'évaluer l'impact de l'homéopathie sur la santé globale et le bien-être de ses utilisateurs. Ceci avait conduit à des résultats plutôt satisfaisants, dans chacune de ces recherches. (Spence et al., 2005, Bell et al. 2004, Rostock et al., 2011) Ainsi, il serait intéressant de mesurer l'impact de l'homéopathie sur la qualité de vie des femmes durant la période périnatale et évaluer si cette thérapeutique pourrait jouer un rôle non négligeable dans la diminution des angoisses liées à la grossesse, l'accouchement ou au post-partum. Cela semblerait plus en adéquation avec l'homéopathie uniciste.

Cependant, la sensation de bien-être et de santé comme nous l'avons développé au sein de notre cadre théorique reste subjective et différente en fonction des personnes, ce qui ne permettra peut-être pas de généraliser les effets d'un remède. Néanmoins, il serait possible d'évaluer la qualité de vie des femmes enceintes pendant la grossesse au moyen d'échelles déjà utilisées dans des études qui mesurent la qualité de vie ou par des entretiens semi-dirigés avec des thématiques précises comme l'état de fatigue, la santé mentale...

Afin d'améliorer la pratique sage-femme dans le domaine de l'homéopathie, nous pensons que les changements suivants pourraient présenter des alternatives nouvelles pour les femmes qui souhaitent se tourner vers cette thérapeutique.

L'information apportée aux femmes concernant l'homéopathie et ses divergences, devrait être plus claire et plus complète, afin de pouvoir, en fonction de leurs besoins, les orienter le mieux possible.

Pour des raisons économiques, la santé connaît ces dernières années de grands changements. La fermeture de petites maternité et la centralisation des soins, entraîne des répercussions sur la prise en charge des femmes. L'écoute des patientes tend peu à peu à disparaître par manque de temps ou de moyens de la part du personnel soignant. Cela peut avoir pour conséquences une focalisation de leur part sur les symptômes qu'il faut supprimer, sans porter attention à tout ce qui peut se cacher derrière ces manifestations. Cela entraîne également une standardisation des soins et ainsi, la disparition de l'autonomie de la femme. Cependant, comme il a été expliqué dans le cadre théorique, les femmes ayant recours à l'homéopathie le font notamment, afin d'avoir un meilleur contrôle de leur grossesse et de leur accouchement.

Cela nous amène donc à nous questionner sur notre façon d'exercer l'obstétrique et sur l'accompagnement que nous proposons aux femmes. Nous ne sommes pas en mesure de proposer des protocoles homéopathiques en obstétrique, mais nous pouvons proposer à nos patientes une plus grande écoute et une plus grande participation aux décisions les concernant. Les propositions suivantes sont des pistes de réflexions pour donner aux femmes et aux couples un espace de paroles et de prises de décisions : cours de préparation à la naissance individualisé, suivi global par le même tandem sage-femme et médecin avec la possibilité d'inclure l'homéopathie ou une autre médecine alternative.

Ainsi, les sages-femmes indépendantes semblent être les mieux placées pour accompagner les femmes dans cette voie. De plus, comme il a été mentionné dans le cadre théorique, la formation en homéopathie leur est possible. Le travail en réseau avec un homéopathe uniciste permettrait un suivi en adéquation avec les besoins et choix de la femme, ainsi qu'une continuité.

Une question primordiale reste à élucider au sein de notre revue de la littérature Peut-on conseiller et recommander l'homéopathie à nos patientes ?

Au vu des résultats obtenus par les différentes recherches sélectionnées, il est impossible de recommander l'homéopathie à cent pour cent. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment il ne nous semble pas éthique de conseiller certains remèdes qui n'ont pas prouvé scientifiquement leur efficacité ou leur innocuité. Cependant, la plupart des granules homéopathiques étant disponibles sans ordonnance dans toute pharmacie, ceci peut nous amener à penser que pour les autorités compétentes, l'homéopathie ne semble pas représenter de danger pour la population. Il n'existe en effet aucune information concernant la nocivité de l'homéopathie, ou certaine catégorie de remèdes à éviter. Par conséquent, ces traitements semblent pouvoir être utilisés mais toujours sous conseils et suivis de personnes formées en homéopathie.

6.8 Forces et faiblesses de notre travail

Notre travail comporte des limites amenant à considérer prudemment les résultats obtenus ; en voici, les forces et les faiblesses.

6.8.1 Faiblesses

Notre question de recherche est restée assez large, mais par le faible nombre d'études que nous avons trouvé, nous n'avons pu préciser davantage une période spécifique de la périnatalité. Cependant, ceci nous a permis d'obtenir une vision plus large de ce sujet. De plus, n'ayant pas découvert d'autres études touchant la problématique de l'efficacité et de l'innocuité de l'homéopathie en obstétrique, nous avons réalisé une revue exhaustive de ce sujet.

Nous sommes parfaitement conscientes que l'inclusion de ces recherches dans la revue de la littérature, par leur ancienneté, leur petit échantillon, ainsi que par leur manque, parfois, d'éléments d'évaluation permettant d'assurer à cent pour cent l'efficacité ou l'innocuité de cette médecine, ne permettent pas une prise de position claire sur cette méthode. Comme nous l'avons expliqué dans la méthodologie, nous avons rencontré des difficultés à obtenir dans les bases de données, des études récentes qui cherchaient à mesurer l'efficacité et l'innocuité de l'homéopathie en obstétrique.

De plus, le peu d'études analysées ne nous permet pas d'établir des conclusions précises pour l'efficacité et l'innocuité en homéopathie mais cela nous a permis de faire un premier tour d'horizon de cette thématique.

Nous sommes également conscientes de nos limites en anglais et allemand, ce qui a peut être entraîné des interprétations différentes malgré notre volonté de traduire au plus juste nos différentes études.

6.8.2 Forces

Une des forces de notre travail est d'avoir mis en lumière par une argumentation scientifique l'importance des médecines complémentaires, et plus particulièrement de l'homéopathie pour les femmes enceintes et également ce que cela représente pour elles d'avoir recours à ce type d'approche. Ce sont des pistes de réflexions non exhaustives, nous permettant d'explorer les comportements des patientes vis-à-vis de cette médecine afin de pouvoir les accompagner dans leurs choix.

Malgré nos difficultés à trouver des études liées à notre sujet nous avons su réorienter le choix de nos recherches. De plus, le fait que notre questionnement soit moins précis, nous a permis d'explorer toutes les pistes de l'homéopathie et ainsi découvrir sa richesse et toutes les réflexions philosophiques actuelles de la santé qui l'accompagne.

Le faible nombre d'étude trouvé nous a obligés à inclure au sein de notre travail certaines recherches de langues étrangères telles que l'Allemand que nous n'aurions peut-être pas sélectionné si nous en avions eu le choix. Ceci, nous a donc permis d'apporter plus de diversité à notre revue de la littérature.

Les connaissances acquises sur l'homéopathie et sa place en obstétrique nous a permis d'approfondir de nombreuses questions que nous nous posions, et d'ouvrir nos champs de réflexion à la santé en général. Ce travail nous a donc permis d'accentuer notre positionnement professionnel dans ce domaine.

7. CONCLUSION

Ces dernières années, nous avons pu observer un changement important chez les femmes enceintes. Elles sont à la recherche d'un accompagnement plus naturel de leur grossesse et de leur accouchement et désirent également être impliquées dans les décisions les concernant elles et leur bébé. L'hypermédicalisation de la grossesse que l'on connaît dans nos maternités ne répond pas à leurs attentes. Ceci pourrait donc expliquer les raisons qui les poussent à se tourner vers les médecines alternatives dont la philosophie correspond mieux à une approche globale de la santé (Page, 2004). Afin de conseiller au mieux ces patientes, nous avons choisi d'étudier l'efficacité et l'innocuité de l'homéopathie, l'une des médecines alternatives les plus utilisées.

Notre méthodologie a consisté en l'analyse de cinq études mesurant les effets d'un ou plusieurs remède(s) homéopathique(s) sur une population de femmes en travail ou en post-partum. A l'issue de ce travail, nous constatons que cette thématique est très complexe et très difficile à évaluer. La plupart des résultats obtenus ne sont pas statistiquement significatifs, et la méthodologie des études trop éloignée des bases de la réelle forme d'homéopathie : uniciste. Nous ne pouvons donc concrètement répondre à notre problématique au vu des incertitudes encore existantes quant à l'efficacité et l'innocuité de cette médecine.

Au terme de ce travail, il reste difficile de définir une prise en charge idéale de la parturiente face à cette médecine au vu du manque de preuves dont nous disposons. En effet, le caractère individuel et unique de cette thérapeutique rend difficile, voire impossible, son évaluation à travers des études standardisées, basées sur l'Evidence Based Medicine. C'est pourquoi, nous ne pouvons conseiller avec certitude nos patientes sur ce sujet.

Cependant, nous avons pu découvrir que ce que les femmes enceintes recherchaient en l'homéopathie, était également la prise en charge qui l'accompagne. Il est donc du ressort de la sage-femme, qui est de plus en plus confrontée à la médicalisation intensive et à la standardisation des soins, de s'impliquer davantage dans une prise en charge individuelle et globale de ses patientes. C'est pourquoi, elle doit s'informer et acquérir des connaissances dans ces nouvelles médecines alternatives, et abandonner la médicalisation des suivis physiologiques pour pouvoir s'adapter aux évolutions de la science et aux attentes sociétales. Permettre aux sages-femmes indépendantes de reprendre leur place dans l'obstétrique serait également une des solutions pour accompagner individuellement ces patientes.

Pour y parvenir, la sage-femme détient de nombreuses compétences que nous avons eu l'occasion de développer durant notre formation. Parmi elles, nous pouvons citer celle de médiatrice. Que ce soit entre le médecin et le couple ou entre les désirs de la femme et les exigences dues à la situation, la

sage-femme doit trouver le juste équilibre. Ceci en tenant compte des désirs du couple, du bien-être de la mère et de l'enfant, mais également des protocoles de service ou des résultats de la recherche médicale, tout en respectant l'éthique et la déontologie. L'homéopathie entre dans ce schéma. En effet, les femmes enceintes utilisent de plus en plus cette médecine, comme nous l'avons mentionné précédemment, mais les recherches médicales n'ont pas permis de certifier son efficacité ou son innocuité. Suivre les désirs de la femme consisterait à lui conseiller sans la moindre réserve l'homéopathie, mais l'éthique, au vue des résultats de la recherche nous pousserait plutôt à ouvrir la discussion avec la patiente. Ceci afin de lui transmettre ce que nous savons sur l'homéopathie, pour qu'elle puisse ainsi choisir ce qui lui convient le mieux. Nous découvrons donc d'autres compétences de la sage-femme : la promotion et la prévention de la santé. Ainsi, la connaissance et l'apprentissage de nouvelles thérapeutiques ne peuvent qu'enrichir l'art du métier de sage-femme et permettre la croissance de ses compétences.

Ce travail ne permet pas une prise de position claire concernant cette thérapeutique. Toutefois, il nous a permis de découvrir une autre manière d'appréhender la santé, mais également de mieux cerner les besoins des femmes pendant la période périnatale et d'y répondre le plus adéquatement possible.

8. LISTE DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adams, J., Lui C-H, Sibbritt D., Broom A., Wardle J., Homer C. & Beck S. (2009). Women's Use of Complementary and Alternative Medicine During Pregnancy . *A Critical review of the Literature. birth*, 36 (3), 237-245
- Association des médecins du canton de Genève. (2012). *Actualité*. Accès <http://www.amge.ch/2009/05/13/les-medecines-alternatives-cote-patient/>
- Adler, U.C., Paiva N. M., Cesar A. T., Adler m. S., Molina A., Padula A. E. & Calil H. M. (2011) Homeopathic Individualized Q-Potencies versus Fluoxetine for Moderate to Severe Depression : Double-Blind, Randomized Non-Inferiority Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, doi : 10.1093/ecam/nep114.
- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. (2012). *Autorisation de mise sur le marché*. Accès [http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/Definition-et-modalite-des-AMM/\(offset\)/0#med](http://ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/Definition-et-modalite-des-AMM/(offset)/0#med)
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. (2009). *Thalidomide et Distilbène : Médicaments dangereux pour les fœtus*. Accès. <http://suite101.fr/article/thalidomide-et-distilbene-poisons-pour-foetus-a19178>
- Annen A. (2012). *L'homéopathie : comment ça marche ?* Accès <http://www.cabinethomeo.ch/?p=ccm>
- Art. 25 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994. (=LAMal RS ; 832.10)
- Astin, J.A., Marie, A., Pelletier, K.R., Hansen, E., Haskell, W-L. (1998). A review of the incorporation of Complementary and Alternative Medicine by mainstream physicians. *Archives of International Medicine*, 158 (21), 2303-2310.
- Atmadijan, A. (2005). Place de la médecine homéopathique en obstétrique. *Les dossiers de l'Obstétrique*, 339, 17
- Attene, F. et al. (2000). Homeopathy in Primary Care: self-reported change in health status. *Complementary Therapies in Medicine*, 8 (1), 21-25.
- Bastide, M & Lagache, A. (1997). Unité du savoir, pluralité des méthodes: introduction à la compréhension de l'homéopathie. *Revue Internationale des Médecines non conventionnelles*, 9, 2-12.

- Beer A-M. et Heiliger F. (1999). Caulophyllum D4 zur Geburtsinduktion bei vorzeitigem Blasensprung-eine Doppelblindstudie. *Geburtsh Frauenheilk.* 59, 431-435.
- Bel B. (2004). *Protocoles obstétricaux et données probantes des études scientifiques : une panacée ? Conférence annuelle de l'Association pour la santé publique du Québec. Journées des 29-30 novembre et 1^{er} et 2 décembre.* Montréal. Accès : afar.info/wp/docs/PratiquesBB1.pdf
- Bell I.R, Lewis D. A., Brooks A.J., Schwartz G.E., Lewis S.E., Walsh B.T & Baldwin C.M. (2004). Improved clinical status in fibromyalgia patients treated with individualized homeopathic remedies versus placebo. *Rheumatology*, 43, 577-582. doi:10.1093/rheumatology/keh111
- Berrebi A. et al. (2001). Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie Reproductive.* 30, 353-357.
- Bishop, Northstone, Green & Thompson (2011). The use of Complementary and Alternative Medicine in pregnancy : Data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Complementary Therapies in Medicine*, doi : 10.1016/j.ctim.2011.08.005
- Brailey S. (2006). Un projet de naissance. *Sage-femme.ch* ,28-31. Accès http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2006-10-28.pdf
- Broch,H. (2002). *Bref historique et principes de base de l'homéopathie.* Accès http://webs.unice.fr/site/broch/articles/HB_homeopathie.html
- Burkhalter A. (2006). L'homéopathie au chevet de la sage-femme.*Sage-femme.ch* (1), 24-26.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité.* Paris : PUF,Le fil rouge.
- Caire, M. (2008).Allopathie. Accès <http://psychiatrie.histoire.free.fr/lexiq/index.html>
- Canguilhem,G. (1999). *Le normal et le pathologique (1943).*Paris :PUF
- Cartwright, T. & Torr (2005). Making sens of illness: The experiences of users of complementary medicine. *Journal of health Psychology*, 10 (4), 559-572.
- Canguilhem, G. (2006).*Le normal et le pathologique, 10ème édition.* Paris : PUF.

- Centre de référence sur les agents tératogènes. (2012). *Médicaments et grossesse*. Accès http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=24
- Centre Romand d'Homéopathie / Ecole Suisse Romande d'Homéopathie Uniciste (2012). *Cours de l'ESRHU*. Accès http://www.crhhomeopathie.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=28
- Chabot, P. & Sévigny, O. (1991). *L'efficacité des médecines alternatives*. Université du Québec à Montréal, Équipe de Recherche sur les Médecines Alternatives (ERMA), Département de Sociologie.
- Charvet, C. (2007). *Les applications de l'homéopathie en gynéco-obstétrique : actualité et avenir : Journées franco-marocaines de gynécologie et obstétrique, 28-29-30 avril 2007*. Marrakech
- Choffat, F. (1993). *L'homéopathie au chevet de la médecine ? Essai pour un nouveau débat*. Paris : Les Editions du Cerf.
- Corleto, V. D., D'Alonzo L., Zykaj E., Carnuccio A., Chiesara F., Pagnini C., ... Fave G. D. (2007). A Case of oesophageal ulcer developed after taking homeopathic pill in young women. *World Journal of Gastroenterology*, 13, (14), 2132-2134
- Constitution de l'organisation mondiale de la santé. (2006). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*. Accès http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- Curé, N. (2005). Homéopathie et médecine hippocratique. *Les dossiers de l'Obstétrique*, 339, 10-13
- Darchis, E. (2005). Homéopathie : ceci est un médicament. *Les dossiers de l'Obstétrique*, 339, 9
- Davis-Floyd R. (2001). The Technocratic, Humanistic and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(1), 5-23.
- Dellale, M. (2009). *Les phases de développement des médicaments*. Accès http://pharmacies.ma/pharmacie/upload/Sections/file/les_phases_du_developpement_du_medicament.p
- Edvarsson K., Ivarsson A., Eurenus E., Garvare R., Nyström E., Small & Mogren I. (2011). Giving offspring a healthy start : parent's experiences of health promotion and lifestyle change during pregnancy and early childhood. *BMC Public Health*, 11(936).
- Eid P., Felisi E. et Sideri M. (1993). Applicability of homeopathic *Caulophyllum thalictroides* during labour. *British Homoeopathic Journal*, 83, 245-248.

Eider, N.E. et al. (1997). Use of alternative health care by family practice patients. *Archives of Family Medicine*, 6 (2), 181-184.

European Committee for Homeopathy. (2012). *Welcome to European Committee for Homeopathy*.
Accès <http://www.homeopathyeurope.org/>

Foucault, M. (2003). *Naissance de la clinique*. Paris : PUF.

Fournier, D. & Taillefer, A. (2003). Témoignages des homéopathes et de leur clientèle sur une évaluation qualitative du traitement médical officiel et homéopathique. *Syndicat Professionnel des homéopathes du Québec*, 1-76.

Frass M., Strassl R.P., Friehs H., Müllner M., Kundi M. & Kaye A.D. (2012). Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel : A Systematic Review. *The Ochsner Journal*, 12, 45-56.

Gaffney L. & Smith C. A. (2004). Use of complementary therapies in pregnancy : The perceptions of obstetricians and midwives in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44, 24-29.

Giglio-Jaquemot, A. (2011). Unicistes versus pluralistes : l'homéopathie brésilienne à l'ère de la globalisation. *Anthropologie et santé*, 3. Accès <http://anthropologiesante.revues.org/767>

Gilbert, P. (2012). *La santé*. Accès http://pascalgilbert.ouvaton.org/Chapitres/12%20La_sante.pdf

Giroud, JP. (2005). Homéopathie et grossesse. *Profession sage-femme*, 102, 37

Güttinger, D. (2009). Administration, délivrance et prescription de médicaments spécifiques par les sages-femmes. *Sage-femme.ch* (4), 19.

Hahnemann, S. (1834). *Exposition de la doctrine médicale homéopathique ou Organon de l'art de guérir*. Seconde édition. Paris : J-B Baillière. Accès <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5808087b/f8.image.swf>

Hart O., Mulle M. A., Lewith G. & Miller J. (1997). Double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial of homoeopathic arnica C30 for pain and infection after total abdominal hysterectomy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90, 73-78.

- Haute autorité de santé. (2011). *Changer le regard sur les thérapeutiques non médicamenteuses*.
Accès http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1060771/changer-le-regard-sur-les-therapeutiques-non-medicamenteuses
- Hecketsweiler, P. (2010). *Histoire de la médecine*. Paris : Ed. Ellipses.
- Hendrickson, D. et al. (2006). Determinants of the use of four categories of complementary and alternative medicine. *Complementary Health Practice Review, IL* (1), 3-26.
- Homeobel (2000). *Homeobel, santé et art de vivre*. Accès <http://www.homeobel.org/index.php>
- Homéopathie Internationale (2010). *Homéopathie en Europe*.
Accès: <http://homeoint.org/articles/gouin/index.htm>
- Homéopathie en Europe. (2000). *Dans le monde*. Accès <http://homeoint.org/articles/gouin/index.htm>
- Homéopathes sans frontières-France. (2012). *Homéopathes Sans Frontières France Ouvrir à tous à tous l'accès au soin*. Accès <http://www.hsf-france.com/>
- Homeopaths Worls Wide. (2012). Nos membres. Accès <http://www.homeopathsworldwide.org/fr/membres>
- Houzelle, N., Cecchi, C. & Ricard, E. (2007). Parents-professionnels de la naissance : une nouvelle relation ? *La santé de l'homme*, 391, 16-19. Accès <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/391/01.htm>
- Huot, A. (2008). Concept et philosophie de la naturopathie. *Biocontact*. Accès <http://www.naturoenergeticien.fr/fichiers/article-1.pdf>
- Homéophyto. (2012). *Arnica Montana*. Accès <http://www.homeophyto.com/fichem.php?ref=MF16&from=liste.php&type=L&lettre=A>
- Homéophyto. (2012). *Secale Cornutum*. Accès <http://www.homeophyto.com/fichem.php?ref=MF126&from=liste.php&type=L&lettre=S>
- Institut National Homéopathique Français. (2012). *Institut National Français d'Homéopathe*. Accès <http://www.inhfparis.com/>
- Kalder M., Knoblauch K., Hrgovic I. & Münstedt K. (2010). Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, doi : 10.1007/s00404-010-1388-2

- Kassab S., Cummings M., Berkovitz S., Van Hanselen R. & Fisher P. (2009). Homeopathic medicine for adverse effects of cancer treatments. *The Cochrane Library*.
DOI: 10.1002/14651858.CD004845.pub2
- Kitzinger, S. (1992). *Birth and violence against women: generating hypotheses from women's accounts for unhappiness after childbirth*. Londres: H. Robert.
- Klein, A. (2007). Education et santé : approches philosophiques. In *Congrès International de l'Actualité de la Recherche en Education et en Formation 2007 : 28/31 août 2007*. Strasbourg.
Accès http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Alexandre_KLEIN_246.pdf
- Larousse. (2009). *Dictionnaire Santé*. Accès
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sant%C3%A9>
- Lockie, A & Geddes, N. (1999). *Homéopathie Principes & traitements*. Paris : Encyclopédie pratique.
- Loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux du 15 décembre 2000* (= LPTh ; 812.21).
- Loutan G. (2010). *L'homéopathie uniciste, instantanés sur une médecine durable*. Genève-Thônex : Editions Loutan
- Masquelet, A.C. (2010). Evidence Based Medicine (EBM) : quelle preuve a-t-on que la médecine basée sur les preuves apporte un réel bénéfice ? *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*, 9(3), 27-31.
- Masselot-Guir, A. (2005). Homéopathie et grossesse. *Profession sage-femme*, 102, 37
- May, C. & Sirur, D. (1998). Art, science and placebo: incorporating homeopathy in general practice. *Sociology of Health and illness*, 20 (2), 168-190.
- Menniti-Ippolito, F. et al. (2002). Use of unconventional medicine In Italy: a nation-wide survey, *European Journal Clinical Pharmacologic*, 58, 61-64.
- Milazzo S., Russell N., Ernst E. (2006). Efficacy of homeopathy therapy in cancer treatment. *European Journal of Cancer* 42 (3), 282-289.
- Molassiotis A. et al. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Annals of Oncology* 16 (4), 655-663.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2012). *What is complementary and alternative medicine?* Accès <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam#definingcam>

National Asthma Council Australia (2012). *Why do people with asthma seek to use complementary therapies ?* Accès <http://www.nationalasthma.org.au/health-professionals/information-papers/asthma-complementary-therapies-asthma-series-paper-5-/why-use-complementary-therapies->

Oberbaum, M. et al. (2005). The effect of homeopathic remedies Arnica montana and Bellis perennis on mild postpartum bleeding- A randomized, double-blind, placebo-controlled-study- Preliminary results. *Complementary Therapies in Medicine*. 13, 87-90.

Office Fédérale de la Santé Publique. (2011). *Médecines complémentaires : Votation populaire le 17 mai 2009*. Accès <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/03153/index.html?lang=fr>

Office Fédérale de la Statistique. (2010). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007*. Neuchâtel :OFS.

Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=4093>

Ordonnance de l'Institut suisse des produits thérapeutiques sur les exigences relatives à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments du 9 novembre 2001. (= OEMéd ; 812.212.22)

Organisation Mondiale de la Santé (2002a). *Stratégies de l'OMS pour la Médecine Traditionnelle pour 2002-2005*. Accès : <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2298f/s2298f.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2002b). *Médecine traditionnelle : besoins croissants et potentiels*. Accès <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2294f/s2294f.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2004). *Les comités pharmaceutiques et thérapeutiques-Guide pratique*. Accès. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js6173f/7.4.html#Js6173f.7>.

Organisation mondiale de la santé. (2012). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 1986*. Accès http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Page, L-A. (2004). *Le Nouvel art de la sage-femme*. Paris: Elsevier.

Quemoun, C. (2005). Le médicament homéopathique est un médicament à part entière. *Les dossiers de l'Obstétrique*, 339, 20-21

Richardson, WR. (2004). Patient benefit survey: Liverpool Regional Department of Homoeopathic Medicine. *British Homeopathic Journal*, 90 (3), 158-162.

- Rostock, M., Naumann, J., Guethlin, C., Guenther, L., Bartsch H. H. & Walach H. (2011). Classical homeopathy in classical treatment of cancer patients- a prospective observational study of two independent cohorts. *BMC Cancer*, 11, (19), 1-8.
- Rouhier, C. (2005). Homéopathie et grossesse. *Profession sage-femme*, 102, 39
- Sandoz, T. (2005). *Histoires parallèles de la médecine. Des fleurs de Bach à l'ostéopathie*. Paris : Ed. du Seuil
- Santé AZ (2012). *Les maux de la grossesse soignés par homéo*. Accès <http://sante-az.aufeminin.com/mag/bebe-grossesse/d5949.html>
- Shang, A., Huwiler-Müntener K., Nartey L., Jüni P., Dörig S., Sterne J., ..., Egger M. (2005). Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *The Lancet*, 366, 726-732.
- Shaw D. (2010). Homeopathy and medical ethics. *Focus on Alternative and Complementary Therapies*. 16 (1), 17-21.
- Simon L., Prebay D., Beretz A., Bagot JL, Lobstein A., Rubinstein I. & Schraub S. (2007). Complementary and alternative medicine taken by cancer patients. *Bulletin du cancer*, 94(5), 483-488.
- Spence, D.S. et al. (2005). Homeopathic treatment for chronic disease: a 6-year University-hospital outpatient observational study. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 11 (5), 793-798.
- Sureau, A. (2005). Homéopathie et grossesse. *Profession sage-femme*, 102, 39
- Taillefer A. (2009). *Impact médical et social de la consultation en médecine homéopathique chez les mères : une question de paradigme*. (Maîtrise en sociologie. Université du Québec à Montréal). Accès <http://www.archipel.uqam.ca/2041/1/M10854.pdf>
- Tovey, P. et al. (2007). *Traditional, Complementary and Alternative Medicine and cancer care*. London: Routledge.
- Träger-Maury S. et al. (2007). Use of complementary medicine by cancer patients in a French oncology department. *Bulletin du cancer*, 94 (11), 1017-1025.
- Utard, G. (2011). *Evidence-Based-Medicine : La médecine fondée sur des preuves*. Accès http://www.biusante.parisdescartes.fr/medecine/formation/EBMBIUSante_janv2011.pdf

Ventoskovskiy, B.M. et Popov A. V. (1990). Homoeopathy as practical alternative to traditional obstetric methods. *British Homoeopathic Journal*. 79, 201-205.

Vithoulkas, G. (1984). *La science de l'homéopathie*. Monaco : Rocher.

Wietlisbach V. & Gurtner F. (2002). Profil socio-démographique du recours à la médecine alternative en Suisse : Quels patients pour quels médecins ? *Primary Care* (2) , 587-591. Accès <http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-21/2002-21-156.PDF>

Witt, C.M. et al. (2005). Homeopathies medical practice: Long-term results of a cohort study with 3981 patients . *BMC Public Health*, 5 , 115-122.

Zaugg J. (2009). Médecines complémentaires. Les Suisses en sont fous. *L'Hebdo*.
Accès http://www.hebdo.ch/les_suisses_en_sont_fous_29099_.html

ANNEXE I

Glossaire des remèdes homéopathique :

Nom	Origine	Indications
Arnica Montana	<p>L'arnica est une plante vivace de la famille des Asteraceae, retrouvée dans les montagnes d'Europe et de Sibérie.</p> <p>Elle est également appelée : "herbe au chute", "herbe à éternuer", "herbe vulnérable", "plantain des Alpes", "quinquina des pauvres", "tabac des Savoyards", ou encore "tabac des Vosges".</p> <p>La teinture mère est obtenue à partir de la plante entière fraîche</p> <p>NB : Arnica Montana fut découverte comme plante médicinale au 16^{ème} siècle. Les villageois l'employaient contre les douleurs musculaires et les contusions. Elle était utilisée en médecine classique pour soigner la dysenterie, la goutte, le paludisme et les rhumatismes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - en traumatologie (chocs, chutes, plaies, accident de toutes sortes), - en cas d'hémorragies de petites ou moyennes importances, - en soins pré et post-opératoires, - en cas de douleurs à la suite d'un traumatisme ancien, - en cas de fatigue musculaire (travaux pénibles, longues marches, sport,...), - en cas d'enrouement provoqué par un surmenage des cordes vocales (cas des chanteurs par exemple), - en cas de douleurs musculaires suite à des situations stressantes (telle qu'un deuil par exemple) avec la sensation "d'avoir été battu", - en cas de fragilité capillaire (varices, hémorroïdes, hématomes, hémorragies conjonctivales, ...), - en prévention du risque cardiovasculaire, - en ophtalmologie : cas de rétinopathie, de DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge), - en cas de métrorragies provoquées par les dispositifs médicaux. <p>Il est également utilisé à titre préventif lors d'efforts musculaires</p>

Apis Mellifica	<p>Nom commun : Abeille mellifère</p> <p>Vient d'Europe, Canada et états Unis.</p> <p>L'abeille Apis mellifica est un insecte piqueur de l'ordre des Hyménoptères et de la super famille des Apidés.</p> <p>La teinture mère d'Apis mellifica est obtenue par macération dans l'alcool d'abeilles ouvrières vivantes entières.</p>	<p>Ce médicament peut être utilisé dans diverses indications :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans tous types d'œdème, d'origine allergique ou inflammatoire : piqûres d'insectes, légères brûlures, œdèmes post-traumatiques (chocs, coups, chutes), érythème solaire (coup de soleil), lucite, urticaire, - en cas de rhinites, pharyngites ou angines, - en cas de conjonctivites, - en cas d'une inflammation articulaire avec œdème, - en cas d'infections urinaires caractérisées par une faible émission d'urine, - en cas de céphalée.
Actea racemosa	<p>Cimicifuga racemosa ou actée à grappe, est une plante originaire d'Amérique du Nord.</p> <p>La teinture mère est préparée à partir des parties souterraines séchées.</p>	<p>Actaea racemosa est une souche homéopathique principalement indiquée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en gynécologie : en cas de syndromes prémenstruels (avec douleurs mammaires et lourdeur pelvienne), en cas de syndromes intermenstruels (saignements), en cas de trouble des règles, dans les céphalées cataméniales (c'est à dire qui surviennent pendant les règles), mais aussi c'est un remède très efficace pour réguler les contractions en fin de grossesse ; - en cas de torticolis, de douleurs au dos et aux cervicales en position debout, et en cas de tendinite du tendon d'Achille ; - en cas d'insomnie et de trouble de comportement.

<p>Bellis Perennis</p>	<p>C'est la pâquerette, herbe vivace de la famille des Asteraceae, retrouvée dans les prairies et pâturages d'Europe.</p> <p>La teinture mère est préparée à partir de la plante entière fleurie.</p>	<p>Bellis Perennis possède une action anti-inflammatoire, antalgique et anti-ecchymotique.</p> <p>Cette souche est indiquée dans les cas de sensation de courbature générale, de meurtrissure (comme Arnica Montana), mais avec une localisation aux muscles abdominaux et pelviens, et avec une irradiation aux membres inférieurs (avec congestion veineuse).</p> <p>Ainsi, ce médicament est utilisé dans les traumatismes : principalement au niveau du sein (suite de coups, après un examen ou une chirurgie...), du coccyx ou encore du bassin.</p>
<p>Bryonia</p>	<p>Appelée Bryone, vigne blanche, navet du diable, feu ardent.</p> <p>Vient d'Europe Centrale et méridionale.</p> <p>C'est racine fraîche qui est utilisée.</p> <p>NB : Dans l'antiquité la bryone était utilisée par les médecins grecs et romains pour traiter l'épilepsie, les vertiges, la paralysie, l'hystérie, les blessures et la toux.</p> <p>La racine est amère et très toxique, mortelle en quelques heures par inflammation de l'appareil digestif.</p>	<p>Bryonia agit contre la toux, la grippe , les maux de tête violents.</p> <p>Est utilisé également dans les cas</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'arthrite, affections rhumatismales - Pneumonie, pleurésie - Constipation, coliques <p>Pour les femmes enceintes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soulager les seins gonflés durs et douloureux

Caulophyllum	<p>Racine fraîche venant du Canada et des Etats-Unis A été utilisé pour la première fois en homéopathie en 1875 par le Dr Hale homéopathe américain connu.</p> <p>NB : La racine de cette plante était utilisée par les Indiens d'Amérique pour soulager les douleurs du travail, de l'accouchement et accélérer la naissance.</p>	<p>Caulophyllum a deux usages majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rhumatismes des petites articulations de la main et du pied avec crampes et élanement erratiques - Aide à l'accouchement, accélération du travail. - Fausses contractions - Soulager les douleurs menstruelles. <p>Attention il peut entraîner une fausse couche car stimulant de l'utérus. Peut également déclencher les règles en cas d'aménorrhée.</p>
Secale Cornutum	<p>Ergot de seigle : Champignon parasite des fleurs de seigle.</p> <p>Attention s'aggrave par la chaleur</p>	<p>Son action principale est la vasoconstriction des artérioles :</p> <p>Circulation : Engelures, ischémies des extrémités, crampes des membres inférieurs.</p> <p>Céphalées : vertiges, douleur, troubles visuels</p> <p>Hémorragie : saignements noirs avec peu de caillots provenant du nez, tube digestif, utérus.</p>

Tiré de : Homéophyto. (2012). Accès <http://www.homeophyto.com/fichem.php?ref=MF16&from=liste.php&type=L&lettre=A>

Lockie, A & Geddes, N. (1999). *Homéopathie Principes & traitements*. Paris : Encyclopédie pratique

ANNEXE II

Fiches de lectures des études sélectionnées

1. The effect of the homeopathic remedies Arnica Montana and Bellis Perennis on mild postpartum bleeding- A randomized, double-blind, placebo-controlled study.

A. Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Cette étude a été réalisée par sept auteurs, tous exerçant une profession en lien avec l'obstétrique ou l'homéopathie.

M. Menachem Oberbaum est médecin et a étudié les thérapies alternatives, notamment l'homéopathie. Il travaille au *Shaare Zedek Medical Center*, dans le département des médecines complémentaires dont il est le directeur. M. Shepherd Roe Singer travaille également dans ce département. Arnon Samueloff est directeur du département de maternité et les docteurs Sorina Grisaru et Narine Gayolan sont responsables de l'unité de grossesses à risques.

Deux autres auteurs ont également participé à cette étude. Liat Lerner-Geva, médecin et directrice de l'unité de recherche en santé des femmes et des enfants de l'Institut Gertner pour l'épidémiologie et la recherche en politique de santé, à Tel Hashomer, en Israël. Le dernier auteur est David Shashar médecin dans le département d'Obstétrique et de Gynécologie du centre médical Chaim Sheba, à Tel Hashomer en Israël.

Cette étude a été publiée dans la revue *Complementary Therapies in Medicine* de l'éditeur *Elsevier*, dans le volume numéro 13 paru en 2005. Son impact factor est de 1.950. Elle a été réalisée dans le département de gynécologie du centre médical Shaare Zedek à Jérusalem, entre février et août 2003.

Ce travail est dû à une démarche personnelle et elle n'est pas multicentrique.

B. Thème de la recherche

La problématique développée concerne l'hémorragie du post-partum. Elle représente une des causes majeures de mortalité et de morbidité périnatale dans le monde. Cette complication apparaît dans 4% des accouchements par voie basse. Actuellement, le personnel médico-soignant utilise l'ocytocine pour prévenir l'hémorragie du post-partum. Néanmoins, ce médicament a de nombreux effets secondaires et contre-indications.

Ainsi le but de cette étude est de trouver un traitement homéopathique alternatif sans effets secondaires et sans conséquences pour l'allaitement maternel. Ce traitement combine Arnica montana avec Bellis perennis.

Au vu de cette argumentation, les auteurs posent la question de recherche suivante : Quels sont les effets d'un traitement combiné d'Arnica Montana et de Bellis Perennis dans la prévention de l'hémorragie du post-partum ?

C. Résumé

Cette étude quantitative est un essai clinique randomisé en double aveugle, avec utilisation d'un groupe « placebo ». C'est donc une étude cas-témoins.

La population cible se compose 40 patientes âgées de 20 à 35 ans dont l'accouchement est prévu par voie basse, au centre médical Shaare Zedek. Elles ont toutes accouché entre 37 et 43 SA et ont eu entre 1 à 4 grossesses précédentes. Plusieurs critères d'exclusion ont été sélectionnés : antécédent de césarienne, antécédent d'hémorragie prénatal ou du post-partum et coagulopathies.

Les patientes ont été séparées au hasard en trois groupes. Les femmes du premier groupe étaient traitées par la combinaison Arnica Montana et Bellis Perennis à une dilution de 10^{-6} . Le second groupe était traité par cette même composition, mais à une dilution de 10^{-60} . Le dernier groupe englobait les femmes traitées par placebo.

Une fois la délivrance faite, en fonction des groupe d'appartenance, les patientes recevaient 1 gélule Arnica Montana ou le placebo, quelques minutes plus tard, elles recevaient 1 comprimé Bellis Perennis ou le placebo. Ce même protocole a été répété toutes les 5 heures pendant les 24 premières heures, puis 3x/jour. Une fois les 48 premières heures écoulées, Arnica/placebo était stoppé et la Bellis Perennis/placebo continuée jusqu'à ce que les lochies cessent.

L'hémoglobine des patientes a été mesurée avant l'accouchement et a servi de ligne de base. Ensuite, une analyse de l'hémoglobine à 48 et 72 heures post-partum fut réalisée. Pour analyser les résultats, les auteurs ont regroupé les deux groupes traités par homéopathie à des dilutions différentes opposés au groupe placebo. Le groupe traité comprend 28 patientes et le groupe placebo 12 patientes.

Avant l'accouchement, il n'y pas de différence du taux d'hémoglobine entre les 2 groupes. A 48 heures post-partum, on voit une différence émergée entre les 2 groupes ; 12.5 gr pour le groupe traité et 11.4 gr dans le groupe placebo.

A 72 heures post-partum, l'écart entre les 2 groupes se maintient ; 12.4 gr pour le groupe traité et 11.6 gr pour le groupe placebo. Ces résultats sont statistiquement significatifs. De plus, aucun des 2 groupes n'a présenté d'effets secondaires

D. Réflexion et interprétation

En mentionnant l'incidence de ce problème de santé et les effets indésirables du traitement préventif actuel, les auteurs argumentent bien la problématique de recherche. L'utilité de cette étude est donc justifiée.

Concernant, la question de recherche, au vu de la problématique exposée, elle apparaît pertinente et claire dans sa formulation.

La méthodologie, est tout à fait adaptée dans cette étude mais quelques critères sont un peu flous pour nous. L'utilisation d'un placebo permet de mettre en évidence l'effet ou non d'un traitement mais ne peut pas cependant démontrer son efficacité par rapport au traitement utilisé habituellement. La séparation des groupes au hasard est pertinente, afin d'éviter l'impact psychologique sur l'effet du traitement. Cependant nous n'avons aucune explication sur les effets habituels de ces deux traitements homéopathiques qui pourraient ainsi nous expliquer pourquoi les auteurs ont choisi spécifiquement ces médicaments pour l'étude. Nous ignorons également pour quelles raisons deux groupes recevant le traitement à des dilutions différentes ont été formés ? Est-ce pour démontrer une différence des effets ? Nous n'avons aucun résultat sur le sujet. Et enfin pour quelles raisons est-ce que *Bellis Perennis* est donné jusqu'à l'apparition des lochies et pas *Arnica* ? Toutes ces informations nous semblent importantes à connaître pour comprendre les effets de ces traitements.

Ethiquement, l'étude est parfaite. Les patientes sont incluses dans l'étude après avoir reçu les informations nécessaires et avoir donné leur consentement. De plus, les auteurs mentionnent l'accord d'un comité d'éthique pour pouvoir mener cette étude.

L'analyse est décrite de manière claire et explicite.

Les résultats sont clairement présentés en fonction du taux d'hémoglobine des deux groupes et ceci notamment grâce à l'aide de tableaux et de graphiques. Ils répondent à la question de recherche et apportent de nouvelles connaissances sur les effets de l'homéopathie. Néanmoins, il est difficile d'élargir ces données à toute la population, car l'échantillon reste petit. De plus, le fait que les deux groupes traités soient regroupés ne permet pas de mettre en évidence l'efficacité de chaque dilution. Ceci déséquilibre d'autant plus les 2 groupes : traité et placebo. Le groupe traité contient en effet le double de personnes du groupe placebo, ce qui reste un biais pour démontrer l'efficacité du traitement.

Dans leur discussion, les auteurs mettent en lumière 2 limites à cette étude. La première, le petit nombre de femmes dans l'échantillon. La deuxième, l'absence d'explications biologiques sur ces résultats.

Nous avons retenu les limites suivantes. L'absence d'explications biologiques corrélées au petit échantillon, peuvent démontrer que ces résultats pourraient être dus au hasard. L'absence de comparaison entre les résultats obtenus par les deux dilutions différentes, nous interroge pour savoir ce qui serait le plus significatif ou adéquat dans la pratique. Les critères d'inclusion très strictes nous apparaissent aussi comme une limite de cette étude et nous amènent à nous demander si nous aurions obtenus les mêmes résultats avec des patientes plus à risques, notamment celles présentant un antécédent d'hémorragie du post-partum ou encore de la délivrance. Et pour terminer, n'aurait-il pas été plus adéquat pour offrir une vision plus globale de la situation, d'utiliser d'autres mesures ou analyses pour mettre en évidence une anémie, comme par exemple le taux de fer.

Cette étude nous amène les interrogations suivantes. Aurait-on obtenu des résultats aussi significatifs chez des nullipares ? Ce même traitement peut-il avoir les mêmes effets lors d'accouchements instrumentés ou de césarienne ? Mais surtout, nous nous demandons si les mêmes résultats seraient obtenus avec un échantillon plus grand. La même étude pourrait également être effectuée avec des femmes plus à risque ayant par exemple pour antécédent une hémorragie du post-partum. Enfin l'efficacité de ce traitement pourrait-elle être démontrée pour diminuer les hémorragies de la délivrance, en donnant par exemple le traitement avant l'accouchement ?

Cette étude démontre les effets de l'homéopathie par des résultats statistiquement significatifs mais au vu du manque d'explications biologiques pouvant expliquer ceci l'utilisation de ce traitement pour remplacer l'ocytocine en post-partum reste encore en suspens.

2. Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat.

A. Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Cette étude fut réalisée par 7 auteurs, A. Berrebi, O. Parant, F. Ferval, M. Thene, J-M Ayoubi, L. Connan, P. Belon qui font tous parti de la fédération de gynécologie-obstétrique et deux d'entre eux travaillent au sein du laboratoire pharmaceutique à l'origine de la fabrication du traitement homéopathique utilisé dans cette étude.

L'étude fut publiée par la revue *Le Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction* qui aborde tous les aspects de la gynécologie obstétrique. Il publie des mises au point, des revues générales et des synthèses qui permettent d'approfondir nos connaissances et de suivre régulièrement les évolutions. Elle n'a pas d'impact factor.

L'étude se déroule à la Fédération de Gynécologie Obstétrique du CHU de la Grave à Toulouse, où la plupart des auteurs exercent leur métier.

C'est une étude mandatée et non multicentrique.

B. Thème de la recherche

La problématique de cette étude est la douleur de la montée laiteuse non souhaitée.

Les agonistes dopaminergiques utilisés tels que Parlodel® qui est l'équivalent français du Dostinex® pour l'inhibition de la montée laiteuse entraînent de nombreux effets secondaires graves. En effet, en Amérique des rapports révèlent la survenue de convulsions ou d'accidents vasculaires cérébraux chez des femmes ayant reçu ce traitement. C'est pourquoi leur utilisation pour l'indication du blocage de la montée laiteuse a été interdite dans plusieurs pays. C'est pourquoi, d'autres moyens ont été recherchés pour les femmes ayant une contre-indication au Parlodel ou ne souhaitant pas utiliser ce médicament. L'association d'un AINS et d'une restriction hydrique sont utilisés pour remplacer ce médicament mais leurs effets sur la douleur de la montée laiteuse n'est efficace que dans 50% des cas. Les auteurs ont donc choisi l'homéopathie, car ils ont eu certains échos sur l'efficacité de ce traitement dans certaines maternités françaises. Mais aucune étude, ni publication à ce sujet n'a été trouvée, c'est pourquoi ils décidèrent de réaliser cette étude afin de démontrer l'utilité de deux médicaments homéopathiques connus pour leur effet anti-inflammatoire et antalgique afin de diminuer la douleur de la montée laiteuse non souhaitée après l'accouchement. Ce traitement corrélé à l'AINS et la restriction hydrique pourrait donc en augmenter l'efficacité.

Question de recherche : Est-ce que les deux médicaments homéopathiques utilisés tels que APIS MELLIFICA 9 CH et BRYONIA 9 CH ont un effet pour limiter la douleur de la montée de lait non souhaitée durant le post-partum immédiat ?

C. Résumé

Cette étude quantitative est un essai clinique randomisé en double aveugle avec utilisation d'un groupe placebo. Ceci est donc une étude cas témoins.

Pour effectuer cette étude, réalisée de février à avril 2000, 71 patientes de la fédération du CHU ont été tirées au sort. Toutes ces femmes sont des patientes hospitalisées à la même période en post-partum et ne souhaitant pas allaiter. 36 patientes sont placées dans le bras homéopathique et 37 dans le bras placebo.

Toutes les patientes ont un traitement AINS et un traitement restriction hydrique de base.

Le traitement consiste à prendre dès les premières 24 heures suivant l'accouchement, 5 granules le matin et le soir des deux traitements homéopathiques ou du placebo pendant 10 jours. Toutes les patientes bénéficient d'un traitement anti-inflammatoire et d'une restriction hydrique de base. La même dose est donnée aux patientes quel que soit leur poids.

Plusieurs critères sont ensuite évalués :

- le critère principal est celui de la douleur mammaire : Elle est évaluée 2 fois par jour pendant 4 jours par les patientes elles-mêmes selon l'échelle de douleur.
- Les critères secondaires tels que fièvre, hypervascularisation, rougeur locale, tension mammaire, écoulement spontané de lait et l'évolution du tour de poitrine sont évalués 2 fois par jour pendant 4 jours par les sages-femmes et médecins.

Deux méthodes d'analyse des données ont été utilisées : Le test student pour les valeurs quantitatives et le test chi 2 pour les valeurs qualitatives.

Les résultats sont obtenus suite à l'addition des différentes notes données à la douleur dans les deux groupes, on obtient donc une intensité de douleur.

Pour le critère principal de la douleur mammaire, c'est à J2, que les effets apparaissent. L'intensité totale de l'échelle de douleur est à 26 pour le groupe placebo alors qu'elle n'est que de 3 pour le groupe ayant reçu l'homéopathie. La valeur P est inférieure à 0.02 ce qui signifie que les résultats sont significatifs car la valeur est inférieure à 1. La différence persiste à J4 avec 129 pour le bras placebo et 67 pour le bras homéopathique.

Pour la tension mammaire, les résultats sont également significatifs à partir de J4 avec une différence significative ($p < 0.005$).

Et enfin pour l'écoulement spontané de lait, celui-ci est moins important à partir de J4 avec une différence significative ($p < 0,05$).

Il n'a été trouvé aucune différence statistiquement significative pour les autres critères étudiés.

Donc nous découvrons une mise en évidence sans ambiguïté de l'efficacité de l'association APIS MELLIFICA et BRYONIA sur la douleur de la montée laiteuse dès le 2^{ème} jour ($p < 0.02$) et qui persiste au 4^{ème} jour ($p < 0.005$) associé à un traitement AINS et à une restriction hydrique.

Selon les auteurs, au vu des résultats significatifs obtenus ce traitement homéopathique pourrait désormais être utilisé dans la pratique future.

D. Réflexion et interprétation

La problématique est convaincante et enrichissante, car elle expose un problème important en obstétrique. Les réalités du traitement actuel sont très bien expliquées ainsi que les arguments qui ont conduits à cette étude. Cependant ceci reste parfois un peu confus, il existe une certaine contradiction dans cette problématique. En effet, au départ l'auteur expose clairement que le but de cette étude est de démontrer l'effet du traitement homéopathique pour la diminution de la douleur de la montée laiteuse. Ceci se confirme par l'utilisation de l'échelle de douleur et par les résultats principaux qui démontrent l'effet significatif du traitement sur la douleur mammaire. Cependant d'autres critères ont tendance à nous faire penser que ce traitement pourrait également être utilisé pour inhiber la montée laiteuse. En effet, les auteurs expliquent dans leur problématique que leur but serait de remplacer par l'homéopathie le Parlodel® qui est utilisé pour inhiber la montée laiteuse. Ceci représente une contradiction, car selon les auteurs le traitement homéopathique testé diminuerait la douleur de la montée laiteuse non souhaitée, mais contrairement au Parlodel® ne l'inhiberait pas. De plus, le critère de l'écoulement de lait évalué au sein de cette étude, ne démontre pas l'effet de douleur mais plutôt d'inhibition de la montée laiteuse. Ce traitement est-il donc utilisé pour éviter la douleur mammaire ou pour inhiber la montée laiteuse ? Après réflexion nous pensons que ce traitement a pour effet de diminuer la douleur mais corrélé à l'AINS et à la restriction hydrique il augmenterait leur effet donc permettrait également d'inhiber légèrement la montée laiteuse.

Cependant le principal effet recherché de ce traitement comme le démontre le titre ou les résultats reste la diminution de la douleur de la montée laiteuse.

La question de recherche est complète, claire et précise. Aucune question directe n'est posée mais ceci est tout de même compréhensible

La méthodologie est très adéquate car le choix de l'essai en double aveugle et du groupe placebo nous semble primordial pour éviter l'influence psychologique du Laboratoire pharmaceutique et des patients à l'encontre du traitement homéopathique. Ceci permet donc de démontrer son efficacité réelle. Cependant, la parité aurait peut-être pu être prise en compte comme critère de sélection de la population cible. En effet, le fait de prendre des femmes ayant déjà allaité aurait peut-être pu changer leur tolérance à la douleur, d'autres résultats auraient pu être mis en évidence. L'échelle de la douleur l'EVA est un excellent moyen d'évaluation utilisé dans cette étude car ceci évite de mauvaises interprétations de la part des médecins envers les patientes ce qui pourrait très vite devenir un biais.

L'utilisation du groupe placebo ne permet pas de comparer l'effet du traitement homéopathique couplé à l'AINS et à la restriction hydrique avec l'effet du Parlodel® dont les auteurs parlent dans l'introduction à leur recherche.

L'éthique est bien respectée dans cette étude, en effet une lettre d'information et un protocole accepté par le CPPRB de Toulouse ont été signés par chaque personne incluse selon les exigences de la loi Huriet.

Cependant nous pouvons nous demander s'il est éthique de ne donner aucun traitement contre la douleur pendant 10 jours pour le groupe placebo. Seuls le traitement de base AINS et de restriction hydrique leur est donné mais n'ont un effet reconnu qu'à 50%.

Les résultats sont très clairement présentés selon des diagrammes et des courbes. Ils répondent clairement à la question initiale en démontrant l'effet positif de l'homéopathie pour la plupart des critères de la montée laiteuse.

Les auteurs n'exposent aucune limite dans cette étude.

Cependant après réflexion, nous avons mis en évidence plusieurs choses. L'évaluation de la douleur est très subjective, en effet le seuil de tolérance peut varier d'une personne à l'autre notamment en fonction de ses diverses expériences. (Antécédent d'allaitement ou non). Les croyances en l'homéopathie peuvent aussi influencer positivement ou négativement sur le traitement. Le fait que deux des auteurs travaillent au laboratoire pharmaceutique fabriquant le traitement peut influencer les résultats. Le fait que le traitement soit couplé à un traitement AINS et de restriction hydrique. En effet ceci permet-il réellement de démontrer l'effet de l'homéopathie, sans ces deux traitements les résultats seraient-ils aussi significatifs ? Enfin aucune information n'est donnée sur la dilution des deux traitements homéopathiques or nous savons qu'en fonction de la quantité ceci peut changer les effets attendus.

Cette étude nous amène à plusieurs questionnements possibles. Ce traitement homéopathique pourrait-il être utilisé pour diminuer la douleur de la patiente suite à un AVB, suite à une césarienne,

pour les tranchées, ou enfin pour le traitement d'autres œdèmes dus à la grossesse (membres inférieures?)

Est-ce que l'utilisation du Dostinex® ou Parlodel® peut-elle être remise en question ?

L'effet de ce traitement pourrait-il également être démontré pour un sevrage durant la période du post-partum tardif ou précoce ?

Enfin au vu de nos questionnements sur le but de cette étude l'effet de ce traitement homéopathique couplé à un AINS et à une restriction hydrique pourrait-il être démontré pour l'inhibition de la montée laiteuse ?

Selon les auteurs, au vu des résultats significatifs ce traitement homéopathique pourrait être utilisé dans une pratique future pour la prise en charge des désagréments de la montée laiteuse. De plus cette même étude fut reproduite au CHU de Lille et de Poitiers et les mêmes résultats ont été obtenus ce qui prouve bien son efficacité. (C. Charvet, 2010, 30 décembre)

3. Randomized, double-blind trial of caulophyllum D4 for induction of labour after premature rupture of membranes at term.

A. Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs de cette étude sont Andre-Michael Beer professeur en médecine et médecin chef du département de médecine naturelle de la clinique de Blankenstein à Hattigen, en Allemagne. Friedrike Heiliger est sage-femme, à l'hôpital de Hetzelstift à Neustadt, .

L'article est publié dans la revue *Geburtsh Frauenheilk*, dans le numéro 59, en 1999. Elle n'a pas d'impact factor.

L'étude se déroule à l'hôpital de Luisen, à Aachen, en Allemagne entre 1996 et 1997.

C'est une étude monocentrique due à une démarche indépendante.

B. Thème de la recherche

La problématique est la suivante. De nombreux auteurs citent le Caulophyllum D4 comme ayant une utilité en obstétrique, notamment pour ramollir le col ou provoquer des contractions utérines. Le problème est qu'aucune preuve scientifique de l'efficacité du Caulophyllum D4 n'a été apportée et l'obstétrique a aujourd'hui besoin de s'appuyer sur des traitements dont l'efficacité et la sécurité ont été prouvés. Dès lors la question de recherche est la suivante : Quelle est l'efficacité et la sécurité d'un traitement de Caulophyllum D4 pour déclencher le travail chez des patientes ayant une rupture prématurée des membranes et n'étant pas en travail ?

C. Résumé

Cette étude est un essai clinique randomisé en double aveugle avec un groupe contrôle placebo. C'est donc une étude cas-témoins.

Quarante femmes entre 38 et 42 semaines de gestation sont incluses dans cette étude. Elles se présentent à l'hôpital avec une rupture prématurée des membranes, une absence de contractions et un col dont la dilatation est inférieure à 3 cm. A leur arrivée à l'hôpital, on diagnostique la rupture des membranes et la non mise en travail par une anamnèse et une série d'examens.

Elles reçoivent ensuite le premier comprimé de Caulophyllum D4 ou le placebo, en fonction de leur groupe d'appartenance. Elles recevront ensuite un comprimé toutes les heures pendant 7 heures.

Le principal critère d'analyse est le temps écoulé entre le 1^{er} comprimé reçu par les patientes et le début des contractions utérines régulières. Des critères secondaires sont aussi pris en compte : la durée

du travail, le recours à l'ocytocine, le mode d'accouchement, le score de Bishop et les infections néonatales ou maternelles.

Les principaux résultats sont statistiquement non significatifs pour tout ce qui concerne l'efficacité du Caulophyllum D4. En moyenne, le temps écoulé entre la prise du 1^{er} comprimé et le début des contractions utérines régulières est de respectivement, 13h pour le groupe traité et de 13,4h pour le groupe placebo. Dans les 2 groupes, il y a eu deux naissances instrumentées. Dans le groupe placebo, il n'y a pas eu de césarienne, alors qu'il y en a eu 2 dans le groupe traité.

En ce qui concerne la sécurité de ce traitement, les auteurs de l'étude ont comparé les scores d'Apgar et les pH ombilicaux artériels des groupes, ils n'ont trouvé aucune différence entre les groupes.

En se basant sur les données obtenues, les auteurs concluent que la sûreté de ce traitement homéopathique a été démontré, mais pas son efficacité. Dès lors, les auteurs ne proposent pas de changements de pratiques, ni de perspectives de recherche pour l'avenir.

D. Réflexion et interprétation

La problématique développée est bien argumentée et semble justifiée, puisque que ce traitement de Caulophyllum est recommandé sans preuve réelle de son efficacité et de sa sûreté. Au vue de cette argumentation, la question de recherche semble pertinente et elle est formulée de manière claire.

La méthodologie est bonne. L'essai randomisé en double aveugle permet d'évaluer l'efficacité du traitement sans induire de biais, soit en fonction des croyances des patientes pour l'homéopathie ou des soignants. Néanmoins, l'échantillon reste petit, ce qui limite la pertinence des résultats.

Concernant l'éthique, il est difficile de savoir si elle a été respectée, car à aucun moment les auteurs ne parlent du consentement des patientes ou d'un comité d'éthique qui aurait validé le protocole de l'étude.

Les résultats sont clairement représentés, notamment par des tableaux. Ils répondent à la question de recherche, apportent de nouvelles connaissances, mais ils ne permettent toutefois pas un changement de pratique. Ils ne peuvent être élargis à toute la population, car l'échantillon est petit et restreint aux femmes ayant eu une rupture des membranes.

Les auteurs ne mentionnent pas de limites à leur étude. Toutefois, selon nous, le petit échantillon de population sélectionné ne permet pas d'élargir ces résultats à la population. De plus, seules des femmes ayant une rupture de la poche des eaux ont été incluses ce qui limite largement les connaissances sur l'efficacité du traitement pour le déclenchement du travail en général. De plus, nous pensons qu'il est difficile d'affirmer la sûreté du traitement juste en se basant sur le score d'Apgar et les pH à la naissance pour conclure ; d'une part parce que l'échantillon est petit et d'autre

part parce que si les patientes avaient reçu plus de doses, il y aurait peut-être eu des risques pour l'enfant. En ce qui concerne les mères, les auteurs ne semblent pas avoir évalué si le traitement pouvait avoir des répercussions sur elles.

De nouvelles interrogations surviennent après cette étude, notamment en raison du petit échantillon. Nous nous demandons également si les résultats apparaîtraient chez des patientes avec une poche intacte. Quelles seraient les différences entre nullipares et multipares. Les résultats ne seraient pas plus significatifs si ce traitement homéopathique serait donné à la femme en début de travail ?

Nous découvrons donc à travers cette étude que l'efficacité du Caullophyllum D4 pour déclencher le travail suite à une rupture prématurée des membranes n'est pas démontrée.

4. Homoeopathy as a practical alternative to traditional obstetric methods.

A. Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs de cette étude sont B.M. Ventoskovskiy qui est professeur à l'institut Medical de Kiev en Ukraine et A.V. Popov.

Cette étude fut publiée dans la revue *British Homoeopathic Journal* en octobre 1990 Vol 79 p 201-205. Ce journal publie des articles ou des études toujours en lien avec l'homéopathie.

Il n'a pas d'impact factor.

Cette étude fut réalisée dans le centre médical d'homéopathie du département de santé publique Ukrainien dans lequel les auteurs exercent leur métier.

C'est une étude mandatée non multicentrique.

B. Thème de la recherche

Les auteurs de cette étude mettent en avant les problèmes posés par les perturbations de la contractilité utérine, que cela se produise pendant le travail (dystocie dynamique) ou au post-partum (atonie utérine provoquant une hémorragie). Cela a pour conséquence une augmentation de la morbidité et de la mortalité périnatale ainsi qu'une élévation du taux de césarienne et d'infection dans le post-partum.

Il existe certains traitements pour les femmes enceintes à haut risque de complications tels que prostaglandines associées à des vitamines et du calcium, mais ces méthodes ne sont pas toujours efficaces et ont des effets secondaires, comme l'arrêt de la lactation ou le développement d'adénocarcinome vaginale. Les œstrogènes naturels auraient également des effets secondaires tels que des nausées ou des diarrhées. L'autre inconvénient de ces traitements est qu'ils sont administrés par voie parentérale. Les allergies sont également fréquentes.

Il est donc important de trouver des méthodes bénéfiques autant pour la mère que pour l'enfant. Il en existe certaines, mais elles sont efficaces qu'en corrélation avec une médication prophylactique. C'est pourquoi l'homéopathie fait l'objet de cette étude, car elle conviendrait parfaitement comme méthode de prophylaxie des troubles de la contractilité utérine.

Ainsi le but de cette étude est donc de démontrer l'efficacité de l'homéopathie comme prophylaxie des troubles de la contractilité utérine, mais également de comparer ses bienfaits avec ceux d'un traitement traditionnel, notamment à base d'œstrogènes et de vitamines.

Au vu de cette argumentation les auteurs se posent la question de recherche suivante : Est-ce-qu'un traitement homéopathique administré en prophylaxie en prénatal et pendant le travail, diminue-t-il le risque de perturbations de la contractilité utérine ?

C. Résumé

Cette étude quantitative est un essai clinique randomisé. C'est une étude cas-témoins.

La population cible sont 206 femmes enceintes à risques de développer des troubles de la contractilité utérine. Les auteurs ont établis la liste suivante d'éléments caractérisant un haut risque de perturbations de la contractilité utérine en cours de travail ou au post-partum :

- Stérilité primaire.
- Terme dépassé.
- Inflammation chronique de l'utérus.
- Antécédent(s) d'IVG ou de chirurgie de l'utérus.
- Perturbations des cycles menstruels.
- Fausses-couches spontanées fréquentes.
- Macrosomie fœtale.
- Bassin rétréci.
- Antécédent(s) d'inertie utérine lors du travail ou d'hémorragie de la délivrance.

Les femmes ont été réparties au hasard dans deux groupes. Le premier groupe contient 102 femmes qui reçoivent le traitement homéopathique et le deuxième groupe composé de 104 femmes reçoivent les préparations médicales habituelles.

Un examen médical, monitoring fœtal et un US sont effectués à chacune des femmes.

Les critères d'exclusion sont les suivants : insuffisance foeto-placentaire, anomalie du développement fœtal, grossesse multiple, poly hydramnios, placenta prævia, pré-éclampsie et pathologie génitale, femmes à plus de 40 semaines de gestation.

Un troisième groupe de 151 femmes ne recevant pas de traitement et étant à haut risque de subir des perturbations de la contractilité utérine. La progression et le résultat du travail ont été analysés.

Chacun des 2 premiers groupes ont commencé le traitement à l'hôpital 1 à 2 semaines avant le terme estimé de la grossesse. Les traitements sont également donnés au début du travail jusqu'à l'accouchement. Les doses sont alternées toutes les 30 minutes avec la même dose (6 granules) pour le traitement par homéopathie.

Toutes les femmes sont sous monitoring. Lorsqu'il y a une rupture prématurée des membranes elles reçoivent de l'ocytocine pour induire le travail. Lorsque le travail dure plus de 12h et que les femmes commencent à ressentir la fatigue, elles reçoivent des drogues qui les endorment durant 3 à 4 heures.

De l'ocytocine en perfusion a été utilisé dans les cas d'inertie utérine ou pour induire le travail dans le cas de rupture prématurée des membranes supérieure à 12 heures. Lorsque l'inertie utérine était persistante et ne répondait pas à l'ocytocine, ou que le fœtus présentait les signes d'une hypoxie, il y a eu recours à la césarienne ou aux forceps.

Les 2 traitements prophylactiques démontrent une efficacité significative pour prévenir les troubles de la contractilité utérine, comparé au groupe n'ayant pas reçu de traitement ($P < 0.03$ et $P < 0.05$), mais il n'existe cependant pas de différence significative entre les 2 groupes. (> 0.05)

Dans le groupe homéopathie, il existe beaucoup moins de femmes ayant eu un faux travail que dans les 2 autres groupes. ($P < 0,05$). Il y a également moins d'échec de stimulation après rupture prématurée des membranes. ($P < 0,05$).

Traitements médicaux et interventions chirurgicales : Les hypnotiques sont moins utilisés dans le groupe recevant le traitement homéopathique.

Il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les différents groupes pour l'utilisation des utéro toniques.

Le taux de césarienne est le même dans les 3 groupes. L'utilisation du forceps est nulle dans le groupe homéopathique.

Il existe une différence significative pour l'intervention manuelle postnatale entre le groupe homéopathique et le groupe témoin.

Il existe une différence significative entre le 1° et le 3° groupe pour la santé de l'enfant à la naissance. ($P < 0,05$).

Pertes sanguines, hémorragie du post-partum : La différence de quantité de pertes sanguines entre les différents groupes est statistiquement significative ($P < 0,001$).

Différentes complications ont été observées chez les femmes recevant le traitement prophylactique habituel.

Les conclusions de cette étude démontrent que le traitement prophylactique homéopathique pour les femmes enceintes de perturbations de la contractilité utérine est aussi efficace que le traitement prophylactique traditionnel.

Selon les auteurs l'homéopathie serait de plus en plus efficace lorsque nous respectons ses principes. Selon eux il serait intéressant d'élargir la gamme de médicaments homéopathique mais utilisés seulement avec une prescription individuelle.

D. Réflexion et interprétation

La problématique expose très clairement le problème actuel en obstétrique moderne concernant les complications que peut entraîner l'atonie utérine ou la dystocie dynamique et ainsi des traitements prophylactiques utilisés qui ont certaines contre-indications ou des effets secondaires chez la femme ou le fœtus. Elle est très convaincante et permet de prendre part à cette argumentation. Nous comprenons donc tout à fait le but de cette étude et ainsi la raison du recours à l'homéopathie pour éviter tous ces désagréments.

La question de recherche n'est pas réellement exposée, mais elle est facilement devinable.

La méthodologie est tout à fait adéquate, car les groupes sont répartis au hasard et ne connaissent pas le traitement qu'ils reçoivent. Ceci permet de limiter l'influence psychologique qui pourrait avoir des effets sur le traitement. De plus, l'utilisation de l'homéopathie en traitement prophylactique est tout à fait en adéquation avec ses différents principes. Ceci permet réellement de démontrer son efficacité réelle.

Cependant quelques informations restent inconnues notamment sur le troisième groupe qui est rajouté à la fin sans être décrit.

L'éthique n'est mentionnée à aucun moment dans cette étude. Nous ne savons pas quelles informations ont reçues les différentes femmes pour participer à cette étude. Ont-elles signé une charte ? Nous ne savons rien.

De plus est-il réellement éthique de ne donner aucune traitement permettant d'éviter les perturbations de la dynamique utérine à des femmes ayant un haut risque potentiel de développer ces troubles ?

Nous n'avons de plus pas connaissance de l'efficacité du traitement traditionnel.

Les résultats sont exposés selon des tableaux et des diaphragmes et ils répondent à la question de recherche, mais d'autres éléments analysés ne répondent à la question de recherche. En effet, plusieurs critères ont été analysés durant le travail tel que les interventions médicales effectuées ou les traitements médicaux administrés. Selon nous ces différents résultats ne reflètent en rien l'objectif de cette étude c'est-à-dire démontrer l'efficacité du traitement homéopathique pour prévenir les troubles de la contractilité utérine. La fréquence des faux-travail nous semble un élément intéressant, puisque le faux-travail représente un trouble de la contractilité utérine.

Limites : Le traitement homéopathique est proposé en prophylaxie mais est-ce réellement significatif de démontrer son effet en prévention ? En effet nous ne pouvons pas être sûres que ces femmes allaient réellement avoir une atonie utérine ou une hémorragie, donc ceci ne peut démontrer son efficacité réelle. De plus, nous n'avons pas connaissances de certains des critères choisis comme facteur de risque d'une perturbation de la contractilité utérine.

Questionnement :-Le traitement homéopathique pourrait-il être utilisé en traitement curatif ?

5. Applicability of homoeopathic *Caullophyllum thalictroides* during labour.

A. Contexte de réalisation et de publication de l'étude

Les auteurs de cette étude sont tous trois dans le domaine médical au sein de la clinique universitaire de Milan en Italie.

Eid, P est médecin dans le service de gynécologie-obstétrique, Felisi ; E est médecin responsable de la recherche homéopathique pour les laboratoires Boiron et Sideri , M est gynécologue-obstétricien.

Cette étude fut publiée dans le journal *British Homoeopathic Journal* en octobre 1993 dans le volume 82.

Cette étude fut réalisée dans le service gynécologique-obstétrical de la clinique de milan de Janvier à Novembre 1990.

Ce travail est une démarche personnelle non multicentrique.

B. Résumé

C'est un essai clinique randomisé.

L'objectif de cette étude est de vérifier l'efficacité et la toxicité d'une plante homéopathique, le caullophyllum durant le travail. En effet, ce traitement est cliniquement indiqué en cas d'anomalies des contractions utérines ou de stagnation de la dilatation durant le travail, cependant ceci n'a jamais été prouvé, c'est pourquoi cette étude est réalisée.

La question de recherche est donc : Quelle est l'efficacité et la toxicité du caullophyllum durant le travail ?

La population cible sont des femmes primipares qui entrent spontanément en travail à terme.

L'étude est divisée en plusieurs phases.

Dans un premier temps 22 femmes vont recevoir 50mg de granule imprégné de caullophyllum. La dose est de 5 granules/heure répété au maximum pendant 4 heures dès l'entrée en phase active de travail.

Le caullophyllum est administré durant la phase active du travail qui doit répondre à plusieurs critères :

- Contractions utérines douloureuses, fréquence de 2 toutes les 10 min de 45 secondes.
- Dilatation à 3 cm
- Effacement du col

Plusieurs critères d'exclusion sont respectés :

- diabète mellitus
- problème utérin
- hypertension
- traitées sous tocolyse 4 sem avant l'admission à l'hôpital
- rupture prématurée des membranes.

Plusieurs critères sont surveillés durant le travail :

- état maternelle
- état fœtal pendant le travail et après la naissance
- déroulement du travail (dilatation, contractions, médicaments administrés)
- déroulement période d'expulsion (durée, manœuvres de Kristeller)
- déroulement délivrance (durée, manuelle/spontanée, pertes sanguines).

Dans un deuxième temps 17 femmes des 22 du groupe primaire qui ont eu un travail normal et spontané sont sélectionnées.

Ce groupe sera comparé à un groupe contrôle composé de 34 femmes qui sont entrées en travail au même moment et qui répondent aux mêmes critères d'éligibilité.

Différents paramètres sont analysés dans le groupe contrôle :

- âge gestationnel
- dilatation
- Intégrité de la poche des eaux à l'entrée
- Durée du travail
- poids de l'enfant.

L'utilisation du caulophyllum n'a révélé aucun inconvénient pour l'étude. En effet personne n'a refusé de prendre ce traitement, il n'a pas entraîné de vomissements, l'administration sublinguale fut tout à fait adéquate, aucune perturbation des paramètres vitaux n'ont été révélés, une amélioration dans le comportement émotionnel du patient a été noté, l'analyse des contractions utérines n'a révélé aucune pathologie. Une hypertonie de 3 minutes a été relevée.

Aucun cas d'atonie utérine n'a été répertorié, les pertes de sang étaient dans les limites de la norme, l'expulsion a duré au minimum 5 minutes et au maximum 60 minutes. Aucune déchirure n'a été révélée, la délivrance était spontanée. Il n'y a pas eu de changements dans les paramètres fœtaux.

En conclusion les résultats démontrent que le caulophyllum a un effet eutocique sur le travail. En effet il n'a pas produit aucun effet secondaire sur la mère et le fœtus, l'administration est pratique et la durée du travail a une diminution d'environ 90 minutes par rapport au groupe contrôle. Les résultats sont donc statistiquement significatifs ($P < 0,05$).

Selon les auteurs il existe cependant 2 problèmes à cette étude. Il est difficile de concilier la nature individuelle du traitement homéopathique avec les conditions de standardisation de l'étude clinique. En effet même en comparant 2 groupes ayant les mêmes caractéristiques et habitudes les résultats montrent des différences.

Le deuxième problème est de généraliser la diminution de la durée du travail avec le traitement homéopathique. En effet les aspects cliniques en fonction des professionnels peuvent varier (toucher vaginal), ainsi que la prise en charge de la femme durant le travail.

De plus il n'est pas impossible que la diminution de la durée de travail de 2h puisse entraîner des risques. En effet cette étude n'a pas effectué ces observations.

C. Réflexion et interprétation

La problématique de cette étude n'est pas réellement exposée. En effet aucun problème obstétrical n'est mis en avant afin d'argumenter la raison de la réalisation de cette étude. Elle est seulement réalisée afin de démontrer l'efficacité et la toxicité du caulophyllum pour les altérations de la contraction utérine et stagnation de la dilatation durant le travail.

Aucune explication n'est donnée sur le but et les raisons d'utilisation cette plante en remplacement d'autres médicaments habituels.

Ceci ne permet pas de mettre en avant l'utilité et les avantages de l'homéopathie.

Cependant très souvent les études tendent à démontrer l'efficacité de l'homéopathie mais non pas sa toxicité. En effet bien souvent cette médecine est considérée comme étant sûre sans effets secondaires, c'est pourquoi sa sûreté n'est jamais analysée. Ce point est donc très intéressant au sein de cette étude.

La question de recherche n'est pas exposée sous forme d'interrogation, mais est très claire et simple.

La méthodologie est tout à fait claire et adéquate. Les critères d'éligibilité sont corrects et les surveillances effectuées durant le travail permettent bien de mettre en avant l'efficacité et la toxicité du caulophyllum. De plus la comparaison du groupe recevant l'homéopathie avec un groupe témoin

permet tout à fait de mettre en avant les effets secondaires et bénéfiques de la plante. Cependant certains critères restent un peu flous.

L'éthique est tout à fait respectée. En effet l'étude ne commence qu'après avoir reçu l'accord du comité d'éthique. Le caulophyllum n'est administré aux patientes qu'après avoir reçu leur consentement.

Les résultats répondent tout à fait à la question de recherche. Ils permettent de mettre en évidence l'absence d'effets secondaires du caulophyllum ainsi que son efficacité sur le travail. De plus une découverte est faite sur la diminution de la durée du travail de 2h avec le traitement homéopathique.

Limites : Toutes déterminées par les auteurs.

Questionnement :

- efficacité du traitement homéopathique sur la diminution de la durée du travail et risques que ceci peut entraîner

- efficacité du caulophyllum sur atonie utérine pouvant remplacer le syntocinon ?